



MESTRADO

PSICOLOGIA

Qualidade de vida na infeção pelo VIH

Inês Sequeira Silva Ribeiro

M

2018



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

QUALIDADE DE VIDA NA INFEÇÃO PELO VIH

Inês Sequeira Silva Ribeiro

Junho 2018

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora **Marina Prista Guerra**
(FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

Aproveito para agradecer a todos aqueles que, de algum modo, contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Marina Prista Guerra pela dedicação e disponibilidade que desde sempre demonstrou para com este projeto.

À Doutora Isabel Ramos pelo seu contributo nesta investigação e por todo o apoio prestado.

Ao Centro Hospitalar de São João por ter acolhido este projeto e aos profissionais do serviço de Doenças Infecciosas pela ajuda ao longo de todo o processo.

A todas as pessoas que voluntariamente participaram neste estudo.

À minha família pela preocupação, confiança e carinho constantes.

Às minhas amigas e colegas de curso, por todo o interesse, incentivo e apoio nos momentos mais difíceis.

Ao Paulo, pela amizade e compreensão e por acreditar tanto nas minhas capacidades.

A todos os meus amigos que me acompanharam nesta caminhada.

Muito obrigada!

RESUMO

O principal objetivo desta investigação é estudar as variáveis associadas a uma adaptação psicológica positiva à infeção pelo VIH, pretendendo-se compreender de que forma a adesão terapêutica, o sentido de vida e a satisfação conjugal interferem com a qualidade de vida dessa população. Trata-se de um estudo descritivo, conduzido no Serviço de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar de São João, no Porto, com uma amostra de 42 adultos seropositivos diagnosticados há pelo menos 3 meses e a realizar tratamento antirretrovírico. Utilizaram-se os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretrovírico – VIH (CEAT-VIH), Escala de Sentido de Vida (ML Scale), Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) e *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref). De uma forma geral, os resultados sugerem a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do relacionamento e dos efeitos secundários, sendo que os níveis mais altos de qualidade de vida estão entre os sujeitos que mantêm um relacionamento amoroso satisfatório e que não apresentam efeitos secundários. Além disso, verifica-se que a adesão terapêutica, o sentido de vida e a satisfação conjugal se associam positivamente à qualidade de vida. Os modelos preditores da qualidade de vida que incluem a adesão terapêutica e o sentido de vida revelam-se significativos, explicando 24,4% da variância no domínio geral, 33,5% no físico, 62,9% no psicológico, 39,4% nas relações sociais e 33,2% no ambiente. Contudo, o sentido de vida é a única variável com um contributo significativo para os modelos. Do mesmo modo, os modelos preditores que contemplam o sentido de vida e a autonomia/privacidade mostram-se significativos, explicando 61,9% da variância no domínio geral, 42,6% no físico, 70,1% no psicológico, 68,0% nas relações sociais e 70,2% no ambiente; neste caso, constata-se que ambas as variáveis contribuem significativamente para os modelos propostos. Assim, salienta-se a influência da adesão terapêutica, do sentido de vida e da satisfação conjugal (em particular da área relativa à autonomia/privacidade) na perceção de qualidade de vida relacionada à saúde dos sujeitos infetados pelo VIH. Considera-se que a intervenção psicológica realizada junto dos indivíduos seropositivos deve ter em consideração o papel preponderante das variáveis em questão.

Palavras-chave: VIH; qualidade de vida; adesão terapêutica, sentido de vida, satisfação conjugal.

ABSTRACT

The main goal of this research is to study the variables associated with a positive adaptation to an HIV infection, aiming to understand the ways in which therapeutic adherence, life meaning and marital satisfaction interfere with the quality of life in this population. This is a descriptive study conducted in Centro Hospitalar de São João, in Porto, with a sample of 42 seropositive adults diagnosed at least 3 months before the beginning of the data collection and currently subject to antiretroviral therapy. The instruments used were: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Questionnaire for Assessing Compliance with Antiretroviral Treatment – HIV (CEAT-VIH), Meaning of Life Scale (ML Scale), Marital Life Areas Satisfaction Evaluation Scale (EASAVIC) and World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref). Overall, the results suggest that there are statistically significant differences according to relationship status and existence of side effects, such that the highest levels of quality of life are found among the subjects in a satisfactory relationship and those who present no side effects. Furthermore, we found positive correlations between quality of life and the variables of therapeutic adherence, life meaning and marital satisfaction. The regression models for quality of life that include therapeutic adherence and life meaning as predictors are significant include therapeutic adherence and life meaning are significant, explaining 24,4% of the variance in general domain, 33,5% in physical, 62,9% in psychological, 39,4% in social relationships and 33,2% in environment. However, life meaning is the only variable with a significant contribution to the models. Likewise, the models predictors that contemplate the life meaning and autonomy/privacy are significant, explaining 61,9% of the variance in general domain, 42,6% in physical, 70,1% in psychological, 68,0% in social relationships and 70,2% in environment; in this case, both variables contribute significantly to the proposed models. Thus, these results reinforce the influence of the therapeutic adherence, life meaning and marital satisfaction (specially the area concerning the autonomy/privacy) in the perception of health-related quality of life in the context of HIV infection. It is considered that any psychological intervention conducted in this context must take into account the important role of these variables.

Keywords: HIV; quality of life; therapeutic adherence, life meaning, marital satisfaction.

RÉSUMÉ

Le principal objectif de cette enquête est celui d'étudier les variables associées à une adaptation psychologique positive à l'infection VIH visant à comprendre comment l'adhésion thérapeutique, le sens de la vie et la satisfaction conjugale se heurtent à la qualité de vie de cette population. Il s'agit d'une étude descriptive menée au Centro Hospitalar de São João, à Porto, avec un échantillon de 42 adultes séropositifs diagnostiqués pendant au moins 3 mois, sous traitement antirétroviral. On a employé les suivants instruments: Questionnaire Sociodémographique et Clinique, Questionnaire pour une Évaluation à L'Adhésion au Traitement Antirétroviral – VIH (CEAT-VIH), Échelle du Sens de la Vie (ML Scale), Échelle D'évaluation de la Satisfaction Des Zone de la Vie Conjugale (EASAVIC), *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref). En général, les résultats suggèrent l'existence des différences statistiquement significatives en fonction de la relation amoureuse et des effets secondaires, avec des niveaux plus élevés de qualité de vie chez les sujets qui maintiennent une relation satisfaisante et qui n'ont pas d'effets secondaires. De plus, nous avons constaté que la satisfaction conjugale est positivement associée à la qualité de vie. Les modèles prédictifs de la qualité de vie qui incluent l'adhésion thérapeutique et le sens de la vie sont significatifs, représentant 24,4% de la variance dans le domaine générale, 33,5% dans le domaine physique, 62,9% dans le domaine psychologique, 39,4% dans les relations sociaux et 33,2% dans l'environnement. Cependant, le sens de la vie est la seule variable avec une contribution significative aux modèles. De même, les modèles prédictifs que envisagent le sens de la vie et l'autonomie/privacité, sont significatifs, représentant 61,9% de la variance dans le domaine générale, 42,6% dans le domaine physique, 70,1% dans le domaine psychologique, 68,0% dans les relations sociaux et 70,2% dans l'environnement; dans ce cas, on vérifie que les deux variables contribuent de manière significative aux modèles proposés. Ainsi, l'influence de l'adhésion thérapeutique, du sens de la vie et la satisfaction conjugale (en particulier le domaine lié à l'autonomie/privacité) est mise en évidence dans la perception de la qualité de vie en ce qui concerne la santé des personnes infectées par le VIH. On considère que l'intervention psychologique réalisée auprès des personnes séropositives devrait prendre en compte le rôle prépondérant des variables en question.

Mots clés: VIH; qualité de vie; adhésion thérapeutique; sens de la vie; satisfaction conjugale.

ÍNDICE GERAL

Enquadramento teórico	1
1. A infeção VIH	1
1.1 Caracterização da doença	1
1.2 Implicações psicossociais	3
2. Variáveis positivas associadas à infeção VIH	5
2.1 Adesão terapêutica	5
2.2 Sentido de vida	7
2.3 Satisfação conjugal	9
2.4 Qualidade de vida	11
Estudo empírico	14
1. Objetivo	14
2. Material	14
2.1 Instrumentos de avaliação	14
2.1.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico	14
2.1.2 Questionário para a avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretrovírico	15
2.1.3 Escala de Sentido de Vida	16
2.1.4 Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal	16
2.1.5 World Health Organization Quality of Life-Bref	17
3. Método	18
3.1 Participantes	18
3.1.1 Caracterização dos participantes: variáveis sociodemográficas	18
3.1.2 Caracterização dos participantes: variáveis clínicas	19
4. Procedimento	20
5. Análise dos dados	21

Apresentação dos resultados	22
1. Caracterização das variáveis	22
2. Estudo das diferenças de qualidade de vida	22
2.1 Variáveis sociodemográficas	22
2.2 Variáveis clínicas	24
3. Associações entre as variáveis psicológicas em estudo e a qualidade de vida	25
3.1 Relação entre a adesão terapêutica e a qualidade de vida	25
3.2 Relação entre o sentido de vida e a qualidade de vida	25
3.3 Relação entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida	25
4. Modelos preditores da qualidade de vida	27
Discussão	29
Conclusão	38
Referências bibliográficas	41
Anexos	51

LISTA DE ABREVIATURAS

CDC – Centro de Controlo de Doenças

DGS – Direção Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TARV – Terapêutica Antirretrovírica

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Enquadramento teórico

1. A infeção pelo VIH

1.1 Caracterização da doença

Os dados disponibilizados pela Direção Geral de Saúde (DGS) referentes a 2014 apontam para 1220 novos casos de SIDA notificados em Portugal, recolhidos até 31 de agosto de 2015, tendo existido um decréscimo correspondente a 17,3% relativamente a 2013. De acordo com a distribuição por género, há uma maior prevalência entre os homens (876 casos para 344). Relativamente ao grupo etário, verifica-se que 25% do total de novos casos corresponde a pessoas com 50 ou mais anos de idade, o que confirma a tendência dos últimos anos. O relacionamento sexual homossexual constitui-se como a principal via de transmissão no ano de 2014, com uma percentagem de 31,8%, verificando-se um aumento progressivo desde 2007. Em 2014, nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e no Algarve ocorreram 68,5% dos novos casos notificados em Portugal, o que se constitui como uma percentagem elevada que traduz a persistência da assimetria da distribuição geográfica da infeção por VIH. É ainda de referir a diminuição da taxa de mortalidade dos indivíduos infetados ao longo dos anos, associada à eficácia das terapêuticas antirretrovirais, o que se traduz num aumento do número de casos assintomáticos (DGS, 2015).

A doença SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - caracteriza-se por um conjunto de diferentes manifestações clínicas subjacentes à infeção pelo VIH no organismo. Este vírus ataca o sistema imunológico e torna-o suscetível a vários tipos de infeções (Guerra, 1998). Trata-se de uma doença infecciosa crónica, incurável e com particularidades clínicas, imunológicas e virológicas que variam no decurso evolutivo da doença (Góis, 2009).

A evolução natural da infeção pelo VIH distingue-a de outras doenças. Primeiramente, ocorre uma síndrome viral aguda, durante a qual se dá a seroconversão, mas que na maior parte dos casos não é identificada. Tal ocorre porque os sintomas são, por norma, inespecíficos (febre, cefaleias, vômitos, entre outros) e é difícil ponderar-se a possibilidade de diagnóstico de VIH/SIDA. Nesta fase o risco de contágio é elevado. Numa fase posterior ocorre um período de latência em que não existe manifestação de

sintomas clínicos e no qual se dá uma degradação do sistema imunitário. Apesar de esta fase se caracterizar pela ausência de sintomas, é importante realizar a avaliação do prognóstico e atuar no sentido de controlar a progressão da doença. Na fase sintomática dá-se uma replicação vírica elevada acompanhada pelo aumento do défice imunológico, podendo surgir o Complexo Relacionado com a SIDA (infecção sintomática pelo VIH com infeções crónicas recorrentes). Por fim, a evolução da doença conduz à SIDA, fase em que se dá o aparecimento de infeções designadas oportunistas, de gravidade crescente (Castro e Melo, 2004; Guerra, 1998; Miranda, 2003).

No que respeita ao diagnóstico, são necessários dois parâmetros específicos, após a deteção de anticorpos no organismo, que indicam a existência de VIH: a contagem de linfócitos T CD4+ e a carga vírica (CDC, 1993). O CD4 é um tipo de linfócito do sistema imunitário humano destruído pelo VIH, constituindo-se como um critério para determinar a imunossupressão do organismo e relacionando-se com a deterioração do sistema imunológico. A carga vírica diz respeito à quantidade de VIH concentrado no sangue ou no líquido cefalorraquidiano, relacionando-se com a possibilidade de transmissão do vírus. Assim, e de acordo com a tipologia aceite pelo Centro de Controlo de Doenças, é possível definir três categorias clínicas da infeção VIH: a categoria A, relativa aos portadores assintomáticos, a categoria B referente aos indivíduos com sintomas relacionados com a infeção e a C, que se refere aos sujeitos que manifestem uma das patologias definidores da fase SIDA. Cada uma destas três categorias divide-se ainda em diferentes níveis de classificação imunológica, determinados com base na contagem de linfócitos T CD4+, considerando-se diagnóstico em fase de SIDA quando o seu valor se encontra igual ou abaixo de 200/ μ l (ou na presença de infeções oportunistas). Assim, podem definir-se nove estádios da doença, sendo que as subcategorias A3, B3, C1, C2 e C3 correspondem à fase de SIDA (CDC, 1993, 2014).

No que respeita ao tratamento, pode considerar-se que a utilização da TARV tem vindo a demonstrar resultados positivos nos países em que os portadores da doença têm acesso aos medicamentos. A combinação dos inibidores da protease com os anteriores antirretrovirais possibilitou o desenvolvimento de um tratamento antirretroviral mais eficaz, o que tornou a infeção pelo VIH uma doença crónica e controlável a longo prazo (Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2010). Os avanços consideráveis a este nível resultam numa maior sobrevida, numa diminuição das complicações associadas a doenças e numa melhoria da qualidade de vida (Alvis et al., 2009; Sarmiento & Castro, 2004).

1.2 Implicações psicossociais

Os dados obtidos referentes à evolução da SIDA, as repercussões da doença no mundo e as características dos principais grupos afetados suscitaram uma resposta por parte da sociedade essencialmente discriminatória para a maior parte das pessoas afetadas. Passou a considerar-se que esses indivíduos estavam a ser como que castigados pelos seus comportamentos de transgressão à norma (Guerra, 1998). E assim nasceu o estigma associado à doença, sendo várias as implicações da reação social que surge por parte de amigos e familiares e da sociedade em geral. A tudo isto acrescem os problemas psicológicos da própria pessoa infetada (em grande parte decorrentes das reações da sociedade e da cultura em que se insere).

É possível compreender que, tratando-se de uma doença infecciosa e fatal (não sendo tratada) e devido à própria sintomatologia, o diagnóstico da infeção pelo VIH seja vivenciado por muitas pessoas de forma negativa, envolvendo tensão, depressão, distúrbios de humor, revolta e ansiedade. A infeção pelo VIH trata-se de uma doença desestruturante do ponto de vista psíquico e social e com implicações ao nível da esperança e da qualidade de vida dos sujeitos. Tal como referido anteriormente, são vários os medicamentos antirretrovíricos atuais e estes podem ser utilizados em diferentes combinações, sendo que todos os grupos de medicamentos provocam efeitos secundários (reações alérgicas graves, erupção cutânea, vômitos, náuseas, diarreias, cefaleias, alterações mentais, entre outros), os quais contribuem para a diminuição da adesão terapêutica (Duque, Reis, Lencastre & Guerra, 2017; Grilo, 2001; Maia, 2016).

Por parte da sociedade é atribuída uma culpabilidade às pessoas infetadas, o que, aliado ao receio de convivência (por se tratar de uma doença contagiosa e mortal), se traduz frequentemente em atitudes de afastamento e discriminação (Guerra, 1998). Jacobi e colaboradores (2013), num estudo para avaliar a experiência do estigma no VIH, verificaram que 30% a 60% dos participantes eram alvos de boatos e insultos e que cerca de metade mencionava sentimentos de vergonha e culpa associados à sua condição (Jacobi et al., 2013).

Também são muitas as dificuldades habitualmente sentidas pelas pessoas mais próximas, que acabam muitas vezes sobrecarregadas com a notícia da doença e do comportamento de risco que a originou, sendo que esta notícia pode gerar na família um sentimento de revolta para com o doente, ou ainda um sentimento de culpa, por não se ter

sido capaz de ajudar ou orientar adequadamente. Assim, os familiares, e em particular os parceiros sexuais de doentes com VIH, precisam frequentemente de acompanhamento psicológico (Guerra, 1998). É habitualmente experienciado medo de perder a pessoa com quem se tem um relacionamento afetivo profundo, a par do medo do próprio contágio. Além disso, surgem questões como ter consciência de dever cooperar nos cuidados com o paciente, saber que há alteração na vida sexual (quando esta está presente) e sentir-se só nas atividades e responsabilidades sociais. Também passa a ser exigido mais por parte do parceiro, no que respeita a afazeres domésticos, profissionais e financeiros. Por todos estes motivos, “não é invulgar a rutura das relações amorosas por separações ou divórcios” (Guerra, 1998, p. 26).

Dejman e colaboradores (2015) encontraram os problemas familiares como sendo um dos principais problemas associados à vivência do VIH/SIDA. Verificaram que, nesse campo, o que mais afeta as pessoas com VIH são os conflitos conjugais e familiares, falta de suporte, rejeição social e familiar e problemas económicos. Os autores destacam ainda a exclusão, medo de transmissão do vírus a terceiros, frustração, isolamento, dificuldades no relacionamento interpessoal e reações de medo e ansiedade associadas ao estigma (Dejman et al., 2015).

Os avanços da medicina no que diz respeito ao tratamento do VIH/SIDA, através dos antirretrovirais, têm vindo a melhorar a qualidade e a expectativa de vida dos indivíduos infetados, embora ainda não se tenha encontrado a cura definitiva ou uma vacina eficaz (Heleno & Santos, 2004). Porém, a adesão ao tratamento por vezes falha, por diferentes motivos, desde os efeitos colaterais da medicação, até à dificuldade em aceitar a necessidade de tratamento ou em lidar com questões associadas ao VIH, como a sexualidade e a toxicodependência. Com o aparecimento da SIDA questões como a morte e a sexualidade surgiram com grande impacto para a sociedade, que tem vindo a lidar com estes temas com medo, dissociação e negação. O portador de VIH é socialmente excluído e discriminado de forma frequente (Heleno & Santos, 2004).

Segundo o estudo realizado por Heleno e Santos (2004), verificou-se que foi relativamente comum a referência a relacionamentos familiares conflituosos. Também a sexualidade surgiu como um ponto importante, já que uma grande parte dos sujeitos se referiu à sua vida sexual como fonte de conflitos, o que poderá estar associado à existência de relacionamentos amorosos instáveis, algo também habitualmente apontado entre esta população. Num estudo realizado acerca das dificuldades sexuais (Sandfort, Collier, &

Grossberg, 2013), cerca de 80% dos participantes indicou ter sofrido de pelo menos um de entre os seguintes problemas: falta de prazer e desejo sexual, perturbação do orgasmo, ejaculação precoce, dor durante o ato sexual, ansiedade de desempenho e dificuldades em atingir e manter a lubrificação ou ereção. A falta de desejo sexual é o problema mais comum e os autores explicam-no como possível consequência do efeito dos medicamentos usados no tratamento da doença.

Concluindo, o VIH apresenta um grande impacto na vida da pessoa seropositiva, afetando de forma negativa o funcionamento psicológico, emocional e sexual do sujeito e interferindo significativamente na sua vida social. Estes efeitos acabam por influenciar negativamente o seu bem-estar e qualidade de vida.

2. Variáveis positivas associadas à infeção pelo VIH

2.1 Adesão terapêutica

A adesão terapêutica pode ser definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa - em termos da toma de medicamentos, cuidados de saúde, alimentação e estilos de vida - corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde (World Health Organization, 2003). Assim, podem ser identificados diferentes níveis de adesão e não adesão e é possível investigar como estes se traduzem no mundo psicossocial dos portadores de VIH/SIDA (Bader et al., 2006).

A terapêutica antirretrovírica (TARV) trouxe um declínio significativo na morbilidade e mortalidade associada ao VIH/SIDA e o aumento da esperança de vida transformou a infeção VIH numa doença crónica com a qual é possível viver. Porém, o tratamento bem-sucedido exige que as pessoas mantenham uma adesão quase perfeita ao regime prescrito (Bader et al., 2006). A adesão ótima à TARV é então considerada a chave para o sucesso (Langebeek et al., 2013), sucesso esse que parece depender de um tratamento contínuo e prolongado no tempo (Cooper et al., 2011).

Apesar de se poder considerar que a sua relação permanece pouco clara e que existe um número reduzido de estudos dada a relevância do tema (Geocze, Mucci, De Marco, Nogueira-Martins, & Citero, 2010), a adesão terapêutica e a qualidade de vida surgem várias vezes positivamente associadas. Um estudo realizado na China com 113 indivíduos

infetados pelo VIH permitiu concluir que a adesão à TARV foi significativamente associada a cinco aspetos da qualidade de vida. Deste modo, indivíduos que aderiram de forma consistente apresentaram melhor função física, saúde geral, vitalidade, função social e saúde mental, em comparação com não-aderentes (Wang et al., 2009). Também num estudo realizado por Reis e colaboradores (2010) a adesão ao tratamento apresentou correlações positivas e significativas com todos os domínios da qualidade de vida, incluindo o domínio geral, o que sugere que os indivíduos com maior adesão ao tratamento também apresentam maior qualidade de vida.

Ainda neste sentido, os resultados do estudo de Calvetti, Giovelli, Gauer, e Moraes (2014), com 120 portadores de VIH do sul do Brasil, mostraram que as pessoas com uma adesão rigorosa regular ao tratamento se sentiam bem com sua saúde física e tinham acesso a cuidados de saúde e informações sobre a doença.

Os resultados de uma investigação transversal no noroeste de Espanha vão ao encontro desses resultados, mostrando que as dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde, nomeadamente a saúde mental, o funcionamento cognitivo, o estado financeiro, o atendimento médico, a intimidade dos parceiros e (somente nos homens) o funcionamento sexual, surgiram intimamente associadas à adesão à TARV (Carballo et al., 2004).

Também num estudo que avaliou as mudanças na qualidade de vida ao longo do tempo em 1050 indivíduos infetados pelo VIH nos Estados Unidos, se verificou que a qualidade de vida melhorou significativamente nos indivíduos que receberam tratamento antirretrovírico. Foram observadas melhorias na qualidade de vida logo um mês após o início dos regimes para a componente física e após quatro meses para a componente mental. A qualidade de vida melhorada foi mantida durante o período de estudo de doze meses. As melhorias foram mais notáveis entre os sujeitos com níveis mais altos de adesão (Mannheimer et al., 2005).

Por último, num estudo transversal realizado no Brasil com o objetivo de avaliar a qualidade de vida das pessoas com VIH/SIDA e as suas associações com características clínicas e com a adesão ao tratamento, verificou-se que os indivíduos que apresentaram uma adesão rigorosa à TARV obtiveram níveis melhores de qualidade de vida (Silva, Reis, Nogueira, & Gir, 2014).

Conclui-se, então, que aqueles que apresentam maiores níveis de adesão obtêm maiores ganhos virológicos e imunológicos da TARV e que, presumivelmente, as

melhorias no estado da doença levam à melhoria da qualidade de vida (Mannheimer et al., 2005). Apoiar as pessoas em tratamento para melhorar a adesão à TARV deve ser uma tarefa constante dos profissionais de saúde e de outras pessoas que participem do tratamento (Silva et al., 2014), sendo que identificar os fatores que a facilitam torna mais viável planificar e desenvolver novas intervenções psicológicas adequadas às necessidades dos pacientes (Calvetti et al., 2014).

2.2 Sentido de vida

É de enfatizar a dificuldade encontrada na literatura no consenso na definição de sentido de vida (Guerra, Lencastre, Silva, & Teixeira, 2017). Este conceito foi inicialmente analisado como sendo uma chave importante para a saúde mental e, quando ausente, conduzindo a uma variedade de indicadores psicológicos negativos (Bronk, 2014). Mais recentemente, com o aparecimento da Psicologia Positiva, aumentaram os estudos acerca do sentido de vida, destacando-se a sua relação com a doença e/ou com a saúde. Alguns autores sugerem que o sentido de vida faça parte de uma conceptualização mais ampla, integrada na corrente humanista e intitulada auto-atualização, o que leva à consideração de outras dimensões que vão além do sentido de vida (Guerra, 1992). Surgem termos como “propósito de vida”, “significado de vida”, “sentido de vida”, “sentido existencial” e “significado pessoal” que são frequentemente utilizados de forma equivalente, apesar de alguns autores apontarem diferenças entre os termos descritos (e.g. George & Park, 2013).

Segundo Steger, Oishi, e Kashdan (2009) o sentido de vida refere-se então a um propósito, missão ou objetivo de vida global. Guerra e colaboradores (2017) sugerem a definição de sentido de vida como “the perception that one has goals in life, a mission to pursue and develop their potentials within a humanistic framework” (p. 3). Recentemente, em Psicologia da Saúde, houve um interesse particular pelo sentido de vida, considerando-o uma variável potencialmente relacionada ao bem-estar e a uma saúde melhor (Park, Park, & Peterson, 2010; Skrabski, Kopp, Rózsa, Réthelyi, & Rahe, 2005; Steger et al., 2009). São vários os estudos que demonstram um papel protetor do sentido de vida na saúde mental e nos comportamentos associados à saúde (e.g., Jim & Andersen, 2007; Kiang & Fuligni, 2009; Steger & Frazier, 2005).

Foi realizado um estudo com onze jovens (entre os 18 e os 20 anos) na Tailândia que viviam há mais de dois anos com VIH, cujo objetivo era compreender como eles

procuravam sentido e propósito nas suas vidas. Os resultados ilustraram que, apesar da sua situação de vida alterada por causa do VIH, estes jovens eram capazes de encontrar sentido e um propósito nas suas vidas, superando as crises, e vivendo com a doença. Verificou-se que viver a vida com cuidados intencionais ajudou os participantes a encontrar o sentido e o propósito da vida. A maioria tinha esperança de viver mais tempo porque se tinha conectado consigo mesmo e com os outros. Eles entenderam e aceitaram que passaram a ser mais frágeis do que no passado e praticaram comportamentos próprios de um de estilo de vida saudável (como evitar comportamentos nocivos, procurar conhecimento e informações que melhorassem a vida, entre outros), gerindo a situação de forma a viver mais tempo enquanto pessoas saudáveis. Assim, neste estudo, a aceitação e o compromisso com o prolongamento da vida revelaram-se significativos, sendo que essas ações ajudaram os participantes a ganhar controle sobre a sua situação, o que conduziu à felicidade e a uma mente calma (Balthip & Purnell, 2014).

Neste sentido, é também de referir um estudo com 125 pessoas seropositivas realizado com o intuito de avaliar o significado de vida específico do VIH (*HIV-specific meaningfulness of life* - HIVMS). Verificou-se que as pontuações do HIVMS estavam fortemente correlacionadas com as medidas de controle percebido, de otimismo e de bem-estar psicológico. Os sujeitos com pontuações mais baixas de HIVMS apresentaram uma maior probabilidade de não aderir à TARV, o que sugere uma diminuição da capacidade de gerir a doença com sucesso (Audet, Wagner, & Wallston, 2015).

Também um estudo realizado em Uganda, com 38 participantes, sobre o bem-estar e a autogestão das pessoas que vivem com VIH, mostrou que a saúde dessas pessoas e o sucesso da TARV depende da motivação e capacidade das mesmas para autogerir a sua condição a longo prazo, incluindo a adesão a medicamentos diariamente. Assim, a autogestão das pessoas que vivem com VIH e o seu bem-estar mostram-se inter-relacionados. Verificou-se que a maioria das pessoas estava a gerir bem as suas condições em três grandes domínios de autogestão: primeiro, mobilizaram recursos, principalmente através de boas relações com profissionais de saúde, o que ajudou a que reconceptualizassem a sua condição de forma mais positiva e a ver esperança no futuro; em segundo lugar, procuraram conhecimentos e capacidades para gerir a sua saúde; por último, ajustaram-se psicologicamente à sua condição e ao seu novo "eu": viram o VIH como uma doença normal, lidaram com o estigma recuperando a autoestima e encontraram significado nas suas vidas. Assim, o estudo demonstra a importância das

relações sociais e de outros aspetos não médicos para a autogestão em programas TARV para pessoas que vivem com o VIH (Russell et al., 2016).

Em suma, encontrar e construir um sentido de vida parece surgir como uma capacidade para descobrir uma sensação de valor pessoal e propósito na vida, independentemente das circunstâncias. Têm sido encontrados benefícios positivos em pessoas que são bem-sucedidas na procura de sentido, tais como uma maior autoestima, maior satisfação com a vida e menos *stress*, o que acaba por acarretar esperança, amor e harmonia, bem como uma melhoria no autocuidado e na adesão à TARV (Balthip & Purnell, 2014).

2.3 Satisfação conjugal

A satisfação conjugal pode ser definida como uma avaliação pessoal e subjetiva da conjugalidade, quer em relação ao amor, quer em relação ao funcionamento conjugal (Thompon, 1988, citado em Narciso & Costa, 1996). Assim, quando se fala em satisfação conjugal, deve ter-se em consideração duas dimensões: o amor – sentimentos que cada um nutre pelo outro e/ou pela relação, estando presentes, de modo mais ou menos explícito, atributos inerentes aos componentes essenciais do amor: paixão, intimidade e investimento/compromisso (Sternberg & Barnes, 1988) e o funcionamento - modo como se organizam e regulam as relações no holon conjugal e/ou familiar e relações com sistemas extrafamiliares. A satisfação conjugal, devido ao seu carácter pessoal e subjetivo, tem sido considerada uma área difícil de estudar. Trata-se de um construto dificilmente dissociável de outros tais como o ajustamento e a qualidade conjugal (Narciso & Costa, 1996).

Vários autores reconhecem que os relacionamentos íntimos são um suporte conhecido durante eventos de vida difíceis (Manne, Badr, & Kashy, 2012). Num estudo realizado por Smith, Cook, e Rohleder (2016) com 95 pessoas no Reino Unido, verificou-se que a qualidade da relação com um parceiro íntimo desempenha um papel importante na divulgação do diagnóstico de VIH. Uma relação mais tumultuosa surgiu associada a menores sentimentos de segurança psicológica imediatamente após o evento e a uma menor probabilidade de o parceiro reagir positivamente. Nos casos em que o relacionamento era menos tumultuoso os sujeitos estavam significativamente menos propensos a identificar o evento como causa de ruturas posteriores. Verificou-se ainda

que um alto nível de confiança no relacionamento estava associado a um aumento na proximidade emocional após o evento. Estes resultados são relevantes na medida em que, com um tratamento médico melhorado, a maioria das pessoas atualmente infectadas está a lidar com o VIH enquanto doença crónica e a atenção foca-se em investigar fatores que promovam boa qualidade de vida e bem-estar nesses indivíduos. Como resultado dessas melhorias a nível do tratamento, a divulgação do diagnóstico de VIH passa a ser negociada muitas vezes e com diferentes pessoas ao longo da vida. Esse comportamento de divulgação é percebido como benéfico para a saúde do indivíduo, constituindo uma vantagem para o mesmo em termos de acesso ao suporte social e melhor adaptação ao vírus (Smith et al., 2016).

Os resultados de um estudo qualitativo realizado em Austin com dozes casais heterossexuais que lidam com o VIH (Pomeroy, Green, & Van Laningham, 2002) mostram que a intervenção psicoeducacional em grupo apresenta um forte efeito no aumento da satisfação conjugal dos casais e efeitos moderados na redução da depressão e da ansiedade entre esses casais. Os autores sugerem que estas melhorias se devam ao foco da intervenção em apoiar cada parceiro e ajudar os cônjuges a entender as ramificações emocionais da doença. Além da necessidade de manter a comunicação e partilhar preocupações entre si, os casais também puderam discutir os medos e preocupações sobre o seu relacionamento sexual, que se revelava uma questão emocional complexa tanto para o cônjuge seronegativo como para o seropositivo. Ao discutir estas questões complicadas num ambiente seguro, supõe-se que os casais tenham sentido que tinham um relacionamento mais seguro e mais próximo e mais esperança de permanecer num relacionamento duradouro. Também Pasipanodya e Heatherington (2014) mostraram que a satisfação com o relacionamento e a depressão estão negativamente associadas. Além disso, defendem, à semelhança de outros autores, que a má qualidade do relacionamento surge associada a angústia nas relações entre indivíduos serodiscordantes (Remien, Wagner, Dolezal, & Carballo-Diéguez, 2003) e que as doenças crónicas surgem associadas a uma menor proximidade em casais. Assim, sugerem que compreender e descobrir meios para melhorar a satisfação com o relacionamento em casais com VIH é algo que vale a pena estudar e pelo qual os investigadores se devem esforçar.

Segundo Conroy e colaboradores (2016), a qualidade do relacionamento é uma área importante para a investigação relacionada com a saúde, uma vez que é considerada

precursora de comportamentos saudáveis em casais. Desta forma, os autores consideram que os relacionamentos de menor qualidade são mais propensos à violência, à dissolução de relacionamentos e às relações extraconjugais, que são correlatos do VIH em contextos africanos, como Malawi e África do Sul (Conroy & Chilungo, 2014). Os autores defendem ainda que, de acordo com o Modelo de Interdependência, dinâmicas de relacionamento positivas promovem uma espécie de transformação na motivação em cada um dos parceiros, de uma perspetiva de orientação individual para uma perspetiva mais orientada para o relacionamento. Deste modo, o envolvimento em comportamentos que melhorem a saúde é o resultado final de dinâmicas de relacionamento como a satisfação e o compromisso (Lewis et al., 2006). Os casais que sofram esta transformação estão mais propensos a trabalhar de forma colaborativa para minimizar a ameaça de um problema de saúde específico como o VIH (Conroy et al., 2016).

2.4 Qualidade de vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a qualidade de vida como uma “perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1405). Vários estudos mostram que as condições sociais, os valores pessoais e culturais e os fatores clínicos influenciam a qualidade de vida (Hipolito et al., 2017).

O facto de as pessoas com VIH viverem mais tempo mudou o foco da pesquisa da avaliação da eficácia dos tratamentos médicos e farmacológicos para a qualidade de vida relacionada à saúde (Alsayed, Sereika, Albrecht, Terry, & Erlen, 2016). A qualidade de vida relacionada à saúde diz respeito às componentes da qualidade de vida que se referem à saúde física e mental e, por isso, considera não somente os aspetos biológicos, mas também psicológicos e ambientais (Cardona-Arias & Higuera-Gutiérrez, 2014). Estudos mostram que, mesmo quando a infeção VIH é assintomática, apresenta um impacto significativo na qualidade de vida relacionada à saúde (Gakhar, Kamali, & Holodniy, 2013), o que não é surpreendente, uma vez que o diagnóstico geralmente leva a uma reestruturação da vida das pessoas que vivem com a doença (Garrido-Hernansaiz, Heylen, Bharat, Ramakrishna, & Ekstrand, 2016).

A literatura mostra que as pontuações de qualidade de vida percebida entre as pessoas que vivem com VIH são mais baixas, comparativamente com as das pessoas sem a doença ou portadoras de outras doenças crónicas (Hays et al., 2000; The WHOQOL-HIV Group, 2003). Determinar os fatores que favorecem a qualidade de vida destas pessoas tem sido uma das prioridades de pesquisa no campo do VIH/SIDA em psicologia e mesmo noutras ciências da saúde (Catunda, Seidl, & Lemétayer, 2016).

Um estudo transversal realizado com 146 pessoas com infeção VIH em tratamento, no estado de Piauí, nordeste do Brasil, cujo objetivo era avaliar a qualidade de vida e fatores associados, mostrou que dois domínios da escala utilizada (WHOQOL HIV-bref) estavam comprometidos (nível de independência e ambiente), apresentando as pontuações mais baixas de entre todos os domínios avaliados. Entre outros fatores, possuir uma religião e adesão ao tratamento surgiram como preditores de uma maior qualidade de vida. Por outro lado, ter uma relação homossexual, ter sido estigmatizado ou sofrido preconceito, a presença de sintomas psicossociais e ter adquirido infeções oportunistas constituíram preditores negativamente associados à qualidade de vida (Oliveira, Moura, Araújo, & Andrade, 2015).

Num outro estudo transversal realizado com 352 com diagnóstico de VIH (utilizando a escala anteriormente referida), no âmbito de um programa de “DST/AIDS e Hepatites Virais” no Rio de Janeiro, verificou-se que, no que respeita à avaliação da qualidade de vida, a espiritualidade e as relações sociais foram os domínios cuja perceção de qualidade de vida foi melhor avaliada. As pontuações mais altas sugeriram entre a perceção do sentido de vida, a reavaliação da opinião sobre a morte, a descoberta de novas relações com Deus e o apoio proveniente das relações sociais. Por outro lado, as pontuações mais baixas diziam respeito às questões que envolvem o uso da TARV e as suas repercussões na vida em geral e a influência das questões financeiras (Hipolito et al., 2017).

No que respeita à influência das relações sociais, foi realizado um estudo em que se tentou perceber se o apoio social mediava a relação entre estigma e sintomas depressivos e a qualidade de vida global entre 120 pessoas que vivem com VIH, em Pequim. O apoio social mostrou-se significativamente associado a níveis mais baixos de estigma, a sintomatologia menos depressiva e a melhor qualidade de vida, sendo que se verificou que os participantes que relataram um nível de apoio social mais alto eram aqueles que tinham um parceiro estável (Rao et al., 2012).

Karkashadze, Gates, Chkhartishvili, DeHovitz, e Tsertsvadze (2016) estudaram a qualidade de vida e fatores associados entre 201 indivíduos infectados pelo VIH na Geórgia. Os resultados do estudo demonstraram que os sujeitos que recebiam tratamento antirretroviral tendiam a apresentar melhor qualidade de vida. Os autores (Karkashadze et al., 2016) destacam a importância de estudos futuros com vista a implementar ações adicionais baseadas na evidência para melhorar a qualidade de vida nesta população.

Em síntese, é possível compreender que são várias as incertezas enfrentadas em relação à saúde entre estes indivíduos, incluindo condições co-mórbidas e efeitos colaterais dos tratamentos (Liu, Xu, Lin, Shi, & Chen, 2013). Além disso, é encontrada uma variedade de desafios psicossociais no que se refere a relacionamentos interpessoais e discriminação (Liu et al., 2013) e, perante isso, torna-se fundamental a identificação de variáveis que podem prever a qualidade de vida nas pessoas que vivem com VIH, seja para entender melhor o construto, seja para orientar intervenções no sentido de melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde (Degroote, Vogelaers, & Vandijck, 2014).

Estudo empírico

1. Objetivo

Em termos globais, o principal objetivo é estudar variáveis associadas a uma adaptação psicológica positiva à infecção pelo VIH. Pretende-se compreender de que forma variáveis como a adesão terapêutica, o sentido de vida e a satisfação conjugal interferem com a qualidade de vida das pessoas seropositivas.

Em termos específicos, sugerem-se os seguintes objetivos de investigação: caracterizar as variáveis psicológicas em estudo (adesão terapêutica, sentido de vida e satisfação conjugal) na população com infecção pelo VIH; estudar as diferenças na qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas e clínicas; analisar a relação entre as variáveis psicológicas em estudo e a qualidade de vida; tendo em conta as variáveis em questão e as características sociodemográficas e clínicas, estabelecer modelos preditores da qualidade de vida.

2. Material

2.1 Instrumentos de avaliação

Em resultado da revisão de literatura realizada e de acordo com as variáveis em estudo e os objetivos de investigação definidos, foram selecionados alguns instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretrovírico – VIH (CEAT-VIH), Escala de Sentido de Vida (ML Scale), Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) e *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref).

2.1.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

O questionário de caracterização da amostra é constituído por onze questões de resposta fechada. As primeiras seis procuram caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, pelo que se referem ao género, idade, escolaridade, residência e atividade

profissional. As últimas cinco questões têm como objetivo a caracterização do perfil clínico dos participantes, referindo-se à data de diagnóstico, tempo de medicação, efeitos secundários, hospitalizações e doenças associadas ao VIH.

2.1.2 Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretrovírico – VIH (CEAT-VIH)

O CEAT-VIH foi adaptado e validado para a população portuguesa em 2009, por Reis, Lencastre, Guerra e Remor, constituindo-se como um questionário de adesão terapêutica específico para avaliar os principais fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral (Reis, 2012; Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2009).

Este instrumento integra 20 itens apresentados sob a forma de escala de resposta tipo *Likert*, pontuada de um a cinco, incluindo dois itens em que a resposta é dicotómica (Sim/Não). Os itens abrangem duas dimensões: cumprimento do tratamento e fatores de adesão ao tratamento (Reis, 2012). A pontuação total é obtida através do somatório dos 20 itens. A pontuação mínima possível é de 17 pontos e a máxima é de 89 pontos. Uma maior pontuação está associada a um maior grau de adesão (Remor, 2009).

Relativamente às características psicométricas do instrumento, este apresenta uma boa consistência interna, com o alfa de *Cronbach* global de 0,71 (Reis et al., 2009). No que respeita à validade de critério externo, a análise de correlação de *Pearson* entre a variável grau de adesão ao tratamento e a medida de carga vírica mostra uma correlação significativa ($r=0,20$, $p=0,001$), podendo considerar-se que as pontuações obtidas pelo CEAT-VIH se correlacionam com o sucesso do tratamento farmacológico (Reis et al., 2009). Em relação à validade preditiva, a análise de curvas ROC indica que a pontuação do grau de adesão ao tratamento medida pelo CEAT-VIH parece identificar adequadamente os sujeitos com carga vírica detetável (I.C. 95%, 0,575 a 0,747; $p=0,001$) (Reis et al., 2009). Neste estudo o alfa de *Cronbach* global é de 0,74.

Concluindo, o questionário apresenta qualidades psicométricas que permitem a sua utilização em Portugal e revela-se útil, fiável e válido para a avaliação do grau de adesão à TARV (Reis et al., 2009).

2.1.3 Escala de Sentido de Vida (ML Scale)

A Escala de Sentido de Vida, concebida por Guerra em 1992, trata-se de uma escala unidimensional constituída por sete itens. Este instrumento foi desenvolvido e avaliado psicometricamente por uma análise fatorial confirmatória (Guerra et al., 2017).

Os itens são apresentados sob a forma de escala de resposta tipo *Likert*, pontuada de um a cinco, sendo a cotação obtida através da soma da pontuação atribuída a cada um dos itens. A pontuação total varia entre 7 e 35 e uma maior pontuação está associada a maior sentido de vida.

No que respeita às características psicométricas, a escala apresenta uma fidelidade aceitável e validade convergente adequada, com um alfa de *Cronbach* de 0,76. Verifica-se uma relação negativa com a ansiedade e depressão e uma relação positiva com a qualidade de vida, a satisfação com a vida, o otimismo e o suporte social (Guerra et al., 2017). Neste estudo o alfa de *Cronbach* global é de 0,84.

Em suma, a Escala de Sentido de Vida constitui-se como uma ferramenta promissora para ser utilizada no contexto de saúde (Guerra et al., 2017).

2.1.4 Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

A EASAVIC é uma escala constituída por 44 itens, os quais se organizam em cinco áreas da vida conjugal que dizem respeito à dimensão “amor” e em cinco áreas da vida conjugal relativas à dimensão “funcionamento conjugal” (Narciso & Costa, 1996). A dimensão amor relaciona-se com os sentimentos que os membros do casal nutrem um pelo outro e pela relação, subdividindo-se nas seguintes áreas: Sentimentos e Expressão de Sentimentos, Sexualidade, Intimidade Emocional, Continuidade da Relação e Características Físicas e Psicológicas. A dimensão funcionamento relaciona-se com a organização das relações no subsistema conjugal e/ou familiar subdividindo-se nas áreas: Funções Familiares, Tempos Livres, Autonomia/Privacidade, Relações Extra-Familiares e Comunicação e Conflito.

Trata-se de uma escala de *Likert* em seis pontos (1- nada satisfeito, 2- pouco satisfeito, 3- razoavelmente satisfeito, 4- satisfeito, 5- muito satisfeito, 6- completamente satisfeito) que possibilita que os indivíduos avaliem o seu grau de satisfação em cada um

dos 44 itens, tratando-se, portanto, de uma avaliação pessoal e subjetiva relativamente à relação conjugal (Narciso & Costa, 1996).

No que respeita a características psicométricas, a escala apresenta uma consistência interna elevada, com os coeficientes alfa para cada um dos fatores superiores a 0,90. A correlação entre os resultados relativos à dimensão amor e os relativos à dimensão funcionamento é superior a 0,90 e as correlações internas – entre as várias áreas e o resultado global da escala – são superiores a 0,60. Relativamente à validade de critério, a EASAVIC demonstra uma correlação superior a 0,70 com a medida critério, a escala de Satisfação Global de Glenn e Weaver - ESGGW (Narciso & Costa, 1996). Neste estudo o alfa de *Cronbach* global é de 0,95.

Assim, é possível verificar que o questionário apresenta características psicométricas que possibilitam uma aplicação válida e fiável junto da amostra definida.

2.1.5 *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref)

O WHOQOL-Bref foi adaptado e validado para a população portuguesa por Vaz Serra e colaboradores em 2006. Este instrumento é uma versão reduzida do WHOQOL-100 e está organizado em quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiente). É constituído por 26 questões, sendo que duas estão relacionadas com a perceção de saúde e qualidade de vida do indivíduo e as restantes dizem respeito às 24 facetas pertencentes ao instrumento original desenvolvido pela OMS (Reis, 2012).

O questionário foi construído segundo uma escala *Likert* de cinco pontos que corresponde às quatro dimensões de avaliação da qualidade de vida (intensidade, capacidade, frequência e avaliação).

No que se refere às características psicométricas, o WHOQOL-Bref apresenta fortes índices de consistência interna. Relativamente à validade de construto, verificam-se correlações significativas entre os diferentes domínios e todos eles apresentam correlações elevadas com a faceta geral da qualidade de vida (Vaz Serra et al., 2006). É ainda de referir que os domínios da versão portuguesa do WHOQOL-Bref apresentam correlações elevadas com os valores obtidos pela versão original do WHOQOL-Bref (The WHOQOL Group, 1998) e também com os da versão mais longa do instrumento (Vaz Serra et al., 2006). Neste estudo os domínios físico, psicológico, relações sociais e

ambiente apresentam valores de alfa de *Cronbach* de, respetivamente, 0,84, 0,90, 0,78 e 0,83.

Concluindo, o WHOQOL-Bref apresenta-se como um instrumento adequado para avaliar a qualidade de vida em Portugal e como uma alternativa prática e fiável em relação à sua versão mais longa.

3. Método

3.1 Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 42 participantes, maiores de 18 anos, portadores da infeção pelo VIH provenientes do Serviço de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar de São João.

Os critérios de inclusão são os seguintes: sujeitos 1) maiores de 18 anos, que tenham sido diagnosticados com infeção pelo VIH há pelo menos 3 meses, 2) a fazer TARV, 3) que saibam ler e escrever, 4) que aceitem voluntariamente participar no estudo e forneçam o seu consentimento informado.

Definem-se os seguintes critérios de exclusão para este estudo: 1) Doença psiquiátrica grave, 2) Estádio avançado da infeção VIH, 3) Doentes que estejam a participar noutras investigações.

3.1.1 Caracterização dos participantes: variáveis sociodemográficas

Analisando a tabela 1, no que se refere ao género, verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos do género masculino (61,9%).

Em termos de idade, verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos com intervalo de idades entre os 40-49 anos (35,7%). A média das idades é de 42,6 ($DP=11,04$).

Relativamente à escolaridade, observa-se que a maioria dos participantes possui um alto nível de escolaridade: 26,9% concluiu o ensino superior, 22,0% estudou até ao ensino

secundário e 22,0% apresenta um nível de escolaridade situado entre os 7º e 9º anos. A média da escolaridade é de 8,5 ($DP=3,08$).

Em relação à atividade profissional, a maior parte dos sujeitos encontra-se profissionalmente ativo (73,8%).

No que se refere à residência, os participantes desta amostra distribuem-se maioritariamente por outros conselhos pertencentes ao distrito do Porto (78,6%).

Por fim, é possível observar que os sujeitos se distribuem equitativamente no que se refere a estar ou não numa relação amorosa (50,0% em cada condição).

Tabela 1. Caracterização dos participantes: variáveis sociodemográficas

		N	(%)
Género	Feminino	16	38,1
	Masculino	26	61,9
Idade	18-29	4	9,5
	30-39	12	28,6
	40-49	15	35,7
	50-59	8	19,0
	60 ou mais	3	7,1
Escolaridade	1º-4º anos	7	17,1
	5º-6º anos	5	12,2
	7º-9º anos	9	22,0
	10º-12º anos	9	22,0
	Ensino superior	11	26,9
Atividade profissional	Sim	31	73,8
	Não	11	26,2
Residência (conselho)	Porto	9	21,4
	Outros	33	78,6
Relação amorosa	Sim	21	50,0
	Não	21	50,0

3.1.2 Caracterização dos participantes: variáveis clínicas

Analisando a tabela 2, é possível observar que a média do tempo de diagnóstico é de aproximadamente 104,7 meses ($DP=89,92$), o que equivale a 8 anos e 7 meses ($DP=7,49$).

Relativamente ao tempo de medicação, a média é de 101,3 meses ($DP=88,34$), equivalente a 8 anos e 4 meses ($DP=7,36$).

Observando a tabela 3, verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos que não apresentam efeitos secundários (81,0%).

Em relação à hospitalização, conclui-se que a maioria dos participantes nunca esteve hospitalizado por causa do VIH (76,2%).

Relativamente à variável doença associada, a maior parte dos sujeitos não apresenta nenhuma doença sintomatologicamente associada ao VIH (71,4%).

No que se refere aos medicamentos, a maioria dos participantes toma apenas um medicamento por dia (73,8%).

Por fim, é de referir que, entre aqueles que estão num relacionamento amoroso, há uma percentagem considerável de sujeitos que apresenta efeitos secundários (33,3%). O mesmo sucede para aqueles que estão num relacionamento e que apresentam alguma doença sintomatológica associada ao VIH (33,3%).

Tabela 2. Caracterização dos participantes: variáveis clínicas (quantitativas)

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Tempo diagnóstico (meses)	5	300	104,7	89,92
Tempo medicação (meses)	1	300	101,3	88,34

Tabela 3. Caracterização dos participantes: variáveis clínicas (qualitativas)

		N	(%)
Efeitos secundários	Sim	8	19,0
	Não	34	81,0%
Hospitalização	Sim	10	23,8
	Não	32	76,2
Doença associada	Sim	12	28,6
	Não	30	71,4
Nº medicamentos	1	31	73,8
	2	9	21,4
	3	2	4,8

4. Procedimento

A recolha da amostra decorreu entre março de 2018 e abril de 2018, no Centro Hospitalar de São João – E.P.E.

Antes do início do estudo foi solicitado o parecer ético sobre a investigação, à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João, que se revelou favorável (ver anexo A).

Os questionários eram de autorresposta, preenchidos na presença da investigadora. O seu preenchimento foi realizado no final das consultas. Para este efeito foi fornecido um folheto informativo onde consta a informação ao participante (ver anexo B), o qual continha os objetivos do estudo, momento em que foi reforçada a informação de que a participação seria voluntária e de que o tratamento dos dados seria realizado de forma confidencial. Foi dado espaço para fossem esclarecidas possíveis dúvidas.

5. Análise dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa informático IBM SPSS *Statistics (Statistical Package for Social Sciences* – versão 25) e o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Primeiramente foi feita a caracterização dos participantes, procedendo-se a uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas em estudo. Para as variáveis quantitativas foram apresentados os mínimos, máximos, médias e desvios-padrão. Para as qualitativas foram apresentadas frequências e percentagens.

A consistência interna dos instrumentos utilizados foi verificada através do α - *Cronbach*, que mede o grau em que cada item faz parte da escala completa. Para observar se os dados cumprem uma distribuição normal, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, indicado para amostras >30 . Uma vez que os valores se distribuem normalmente, recorreu-se à estatística paramétrica.

A caracterização das variáveis psicológicas em estudo foi realizada com recurso à estatística descritiva.

No caso das variáveis métricas, as diferenças em função das variáveis sociodemográficas e clínicas obtiveram-se através do coeficiente de correlação de *Pearson*. No caso das outras variáveis foram obtidas através do teste *One-Way Anova* e de *Testes t* para amostras independentes.

As associações entre a adesão terapêutica, o sentido de vida e a satisfação conjugal com a qualidade de vida foram realizadas também com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*.

Por último, para o estudo das variáveis preditoras da qualidade de vida foi utilizada a análise de regressão linear múltipla através do método *Enter*, em que variáveis independentes são escolhidas e introduzidas simultaneamente na equação.

Apresentação dos resultados

Em primeiro lugar, são apresentadas as análises descritivas e, posteriormente, as análises correlacionais das variáveis em estudo. Por fim, são propostos modelos preditores da qualidade de vida.

1. Caracterização das variáveis

A média das respostas obtidas nas variáveis estudadas foi: para a adesão terapêutica 75,2 ($DP=7,87$); para o sentido de vida 27,0 ($DP=6,30$); para a satisfação conjugal global 3,8 ($DP=1,58$), com valores médios de 4,1 ($DP=1,67$) para a dimensão amor e 3,8 ($DP=1,39$) para a dimensão funcionamento conjugal; para o domínio geral da qualidade de vida 62,2 ($DP=22,91$), para o domínio físico 65,1 ($DP=20,88$), para o psicológico 65,4 ($DP=20,28$), para as relações sociais 59,2 ($DP=24,45$) e para o ambiente 67,1 ($DP=16,91$).

2. Estudo das diferenças de qualidade de vida

2.1 Variáveis sociodemográficas

O teste *t-Student* para amostras independentes foi conduzido para comparar os resultados da qualidade de vida entre homens e mulheres. Não existem diferenças significativas entre homens ($M=63,94$, $DP=24,58$) e mulheres ($M=58,93$, $DP=19,87$; $t(38) = -0,655$, $p=0,516$) para o domínio geral da qualidade de vida; não existem diferenças entre homens ($M=66,48$, $DP=17,26$) e mulheres ($M=62,95$, $DP=26,21$; $t(40) = -0,480$, $p=0,636$) para o domínio físico; não existem diferenças entre homens ($M=66,67$, $DP=18,11$) e mulheres ($M=62,82$, $DP=24,68$); $t(37) = -0,553$, $p=0,583$) para o domínio psicológico; não existem diferenças entre homens ($M=55,33$, $DP=26,45$) e mulheres ($M=65,56$, $DP=19,89$); $t(38) = 1,291$, $p=0,204$) para o domínio relações sociais; não existem diferenças entre homens ($M=66,23$, $DP=18,18$) e mulheres ($M=68,75$, $DP=14,76$); $t(38) = 0,446$, $p=0,658$) para o domínio relações sociais.

No que respeita à atividade profissional, e utilizando o mesmo teste, não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre os sujeitos que mantêm e os que não mantêm atividade profissional (tabela 4, em anexo).

Também no que se refere à residência, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos que vivem no conselho do Porto e aqueles que vivem noutros conselhos (tabela 5, em anexo).

Por se tratarem de variáveis métricas, o estudo da idade e da escolaridade foi realizado através de análises correlacionais (coeficiente de correlação de *Pearson*). No que se refere à idade, não existem correlações significativas com a qualidade de vida. Da mesma forma, não existem correlações significativas entre a escolaridade e a qualidade de vida (tabela 6, em anexo).

O teste *t-Student* foi utilizado para comparar os resultados da qualidade de vida entre sujeitos que estão num relacionamento amoroso e sujeitos que não estão num relacionamento amoroso (tabela 7).

Tabela 7. Análises diferenciais em função do relacionamento

Domínios	Grupo em relacionamento amoroso (N=21)		Grupo sem relacionamento amoroso (N=21)		Comparação entre grupos		
	Média ± DP	Mínimo – Máximo	Média ± DP	Mínimo – Máximo	T	Df	p
Geral	54,61 26,42	0 – 100	69,05 17,06	38 – 100	-2,030	30	,051
Físico	57,31 21,74	11 – 96	72,96 17,11	32 – 100	-2,592	40	,013*
Psicológico	58,33 19,40	8 – 88	72,08 19,22	21 – 100	-2,223	37	,032*
Relações Sociais	53,97 24,95	0 – 83	64,91 23,17	0 – 100	-1,433	38	,160
Ambiente	62,17 18,53	13 – 94	71,58 14,28	38 – 97	-1,807	38	,079

*Diferenças significativas ao nível ,05

É possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas e que os níveis mais baixos de qualidade de vida surgem entre os sujeitos que estão num relacionamento amoroso (quer para o domínio físico quer para o psicológico). Assim, com o intuito de esclarecer este resultado, foi conduzido o teste *t-Student* para amostras independentes, utilizando o ponto de corte 4 para a satisfação: valores inferiores a 4 correspondem a níveis mais baixos e valores iguais ou superiores a 4 correspondem a níveis mais altos de satisfação conjugal. Verifica-se que, entre os sujeitos que estão numa

relação, existem diferenças significativas na qualidade de vida entre aqueles que apresentam níveis mais altos de satisfação para os domínios geral ($M=69,64$, $DP=6,68$), relações sociais ($M=70,24$, $DP=11,64$) e ambiente ($M=67,86$, $DP=9,15$) e aqueles que apresentam níveis mais baixos de satisfação para os domínios geral ($M=26,79$, $DP=16,82$, $t(12)= 6,267$, $p<0,001$), relações sociais ($M=25,00$, $DP=20,41$, $t(12)=5,093$, $p<0,001$) e ambiente ($M=45,98$, $DP=15,60$, $t(12)= 3,201$, $p=0,008$).

2.2 Variáveis clínicas

O teste *t-Student* para amostras independentes foi conduzido para comparar os resultados da qualidade de vida tendo em conta os efeitos secundários. Existem diferenças significativas na qualidade de vida entre os dois grupos. Verificam-se diferenças no domínio geral entre as pessoas que apresentam efeitos secundários ($M=39,29$, $DP=29,25$) e aquelas que não apresentam ($M=67,05$, $DP=18,44$; $t(38)= -3,250$, $p=0,002$). Também se verificam diferenças no domínio físico, entre as pessoas que apresentam efeitos secundários ($M=50,00$, $DP=24,45$) e aquelas que não apresentam efeitos secundários ($M=68,70$, $DP=18,61$; $t(40)= -2,408$, $p=0,021$). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas para os restantes domínios da qualidade de vida (tabela 8, em anexo).

Não se verificam diferenças significativas nos níveis de qualidade de vida entre aqueles que têm uma doença sintomatológica associada ao VIH e aqueles que não têm (tabela 9, em anexo).

Também não são encontradas diferenças significativas nos níveis de qualidade de vida entre os sujeitos que já estiveram ou não hospitalizados por causa da doença (tabela 10, em anexo).

Por se tratarem de variáveis métricas, o estudo do tempo de diagnóstico e do tempo de medicação foi realizado através de análises correlacionais. É possível verificar que não existem correlações significativas entre as variáveis em questão e a qualidade de vida (tabela 11, em anexo).

Por fim, foi conduzido o teste *One-Way Anova* para comparar os resultados da qualidade de vida tendo em conta o número de medicamentos. Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de qualidade de vida entre os diferentes grupos (tabela 12, em anexo).

3. Associações entre as variáveis psicológicas em estudo e a qualidade de vida

Realizou-se a análise das associações existentes entre as variáveis psicológicas em estudo – adesão terapêutica, sentido de vida e satisfação conjugal - com os diferentes domínios da qualidade de vida, utilizando-se o coeficiente de correlação de *Pearson*.

3.1 Relação entre a adesão terapêutica e a qualidade de vida

Existem correlações significativas entre a adesão terapêutica e três domínios da qualidade de vida. A adesão terapêutica apresenta uma associação significativa positiva moderada com os domínios psicológico ($r=0,408$, $p=0,015$), relações sociais ($r=0,360$, $p=0,031$) e ambiente ($r=0,335$, $p=0,049$). Não se verificam correlações significativas com os domínios geral ($r=0,306$, $p=0,073$) e físico ($r=0,314$, $p=0,058$).

3.2 Relação entre o sentido de vida e a qualidade de vida

No que diz respeito ao sentido de vida, existem associações significativas entre este e os cinco domínios da qualidade de vida. Verifica-se uma associação positiva forte entre o sentido de vida e os domínios geral ($r=0,512$, $p=0,001$), psicológico ($r=0,586$, $p<0,001$), físico ($r=0,595$, $p<0,001$), relações sociais ($r=0,591$, $p<0,001$) e ambiente ($r=0,586$, $p<0,001$).

3.3 Relação entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida

Relativamente à associação entre a satisfação conjugal e os diferentes domínios da qualidade de vida, é possível verificar que existe uma correlação positiva forte entre a satisfação conjugal global e os domínios geral ($r=0,877$, $p<0,001$), relações sociais ($r=0,912$, $p<0,001$) e ambiente ($r=0,792$, $p=0,001$). Não existe uma associação significativa entre a satisfação conjugal global e o domínio físico ($r=0,354$, $p=0,214$), nem entre a satisfação conjugal global e o domínio psicológico ($r=0,513$, $p=0,060$).

Procedendo-se a uma análise correlacional tendo em conta as duas dimensões principais do instrumento da satisfação conjugal (amor e funcionamento), verifica-se que existe uma correlação positiva forte entre a subescala amor e vários domínios da qualidade de vida. O mesmo sucede para a subescala funcionamento (tabela 13).

Tabela 13. Análises correlacionais entre as subescalas da Satisfação Conjugal e os domínios da Qualidade de Vida

	Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Amor	$r=,802^{**}$	$r=,310$	$r=,540^{*}$	$r=,915^{**}$	$r=,736^{*}$
Funcionamento	$r=,842^{**}$	$r=,421$	$r=,527^{*}$	$r=,889^{**}$	$r=,806^{**}$

*Diferenças significativas ao nível ,05

**Diferenças significativas ao nível ,001

Realizando uma análise mais detalhada da associação entre satisfação conjugal e qualidade de vida, e atentando nas diferentes áreas da vida conjugal que constituem a dimensão amor, é possível observar associações significativas entre os domínios psicológico e ambiente e várias áreas da subescala amor. Verificam-se associações significativas entre a qualidade de vida geral e a qualidade de vida nas relações sociais e todas as áreas da subescala amor (tabela 14).

Tabela 14. Análises correlacionais entre as áreas da subescala Amor e os domínios da Qualidade de Vida

	Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Sentimentos	$r=,836^{**}$	$r=,285$	$r=,487^{*}$	$r=,933^{**}$	$r=,759^{**}$
Sexualidade	$r=,745^{**}$	$r=,361$	$r=,554^{*}$	$r=,880^{**}$	$r=,686$
Intimidade Emocional	$r=,756^{**}$	$r=,315$	$r=,486^{*}$	$r=,841^{**}$	$r=,629^{**}$
Continuidade da relação	$r=,556^{*}$	$r=,187$	$r=,356$	$r=,777^{**}$	$r=,351^{*}$
Características físicas e psicológicas	$r=,792^{**}$	$r=,314$	$r=,513^{*}$	$r=,882^{**}$	$r=,777^{**}$

*Diferenças significativas ao nível ,05

**Diferenças significativas ao nível ,001

Atentando nas cinco áreas da vida conjugal que constituem a dimensão funcionamento, é possível verificar que existem associações significativas entre os domínios psicológico e ambiente e algumas áreas da subescala funcionamento. Verificam-se associações significativas entre a qualidade de vida geral e a qualidade de vida nas relações sociais e todas as áreas da subescala funcionamento (tabela 15).

Tabela 15. Análises correlacionais entre as áreas da subescala Funcionamento e os domínios da Qualidade de Vida

	Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Funções Familiares	$r=,733^{**}$	$r=,381$	$r=,555^{*}$	$r=,818^{**}$	$p=,618^{*}$
Tempos Livres	$r=,539^{*}$	$r=,122$	$r=,201$	$r=,675^{**}$	$r=,449$
Autonomia/Privacidade	$r=,735^{**}$	$r=,399$	$r=,518^{*}$	$r=,727^{**}$	$r=,747^{**}$
Comunicação e Conflitos	$r=,720^{**}$	$r=,319^{**}$	$r=,376$	$r=,817^{**}$	$r=,540^{*}$
Relações Extrafamiliares	$r=,794^{**}$	$r=,511^{*}$	$r=,617^{**}$	$r=,843^{**}$	$r=,824^{**}$

*Diferenças significativas ao nível ,05

**Diferenças significativas ao nível ,001

4. Modelos preditores da qualidade de vida

Foi conduzido o procedimento de regressão linear múltipla através do método *Enter* para prever os domínios da qualidade de vida, tendo por base as correlações preliminares apresentadas. Primeiramente, decidiu incluir-se as variáveis adesão terapêutica e sentido de vida.

Depois de verificados os pressupostos da regressão, conclui-se que, para o domínio geral, o modelo é significativo ($R_{Aj}^2 = .24$, $F(2,33) = 6.32$, $p = 0,005$) e explica 24,4% da variância. Contudo, verifica-se que, isoladamente, apenas o sentido de vida é preditor significativo do domínio geral da qualidade de vida $\beta = .462$, $p = 0,006$.

No que se refere ao domínio físico, o modelo revela-se significativo ($R_{Aj}^2 = .34$, $F(2,33) = 9.32$, $p = 0,001$), explicando 33,5% da variância. Contudo, verifica-se que, isoladamente, apenas o sentido de vida é preditor significativo do domínio físico da qualidade de vida $\beta = .550$, $p = 0,01$.

Também para o domínio psicológico o modelo se revela significativo ($R_{Aj}^2 = .63$, $F(2,33) = 29.00$, $p < 0,001$), explicando 62,9% da variância. Contudo, verifica-se que, isoladamente, apenas o sentido de vida é preditor significativo do domínio psicológico da qualidade de vida $\beta = .728$, $p < 0,001$.

Também para o domínio das relações sociais o modelo se revela significativo ($R_{Aj}^2 = .35$, $F(2,33) = 9.83$, $p < 0,001$), explicando 34,9% da variância. Contudo, verifica-se que, isoladamente, apenas o sentido de vida é preditor significativo do domínio relações sociais $\beta = .532$, $p = 0,001$.

Por fim, no que se refere ao domínio ambiente, o modelo é significativo ($R_{Aj}^2 = .33$, $F(2,33) = 9.28$, $p = 0,001$), explicando 33,2% da variância. Contudo, verifica-se que, isoladamente, apenas o sentido de vida é preditor significativo do ambiente $\beta = .533$, $p = 0,001$.

Procurou-se também estabelecer modelos preditores incluindo as variáveis sentido de vida e autonomia/privacidade, neste caso só para os participantes que estão num relacionamento. Depois de verificados os pressupostos da regressão, conclui-se que, para o domínio geral, o modelo é significativo ($R_{Aj}^2 = .62$, $F(2,15) = 14.79$, $p < 0,001$) e explica

61,9% da variância. Verifica-se que, isoladamente, tanto o sentido de vida $\beta = .361$, $p=0,033$ como a autonomia/privacidade $\beta = .651$, $p=0,001$ são preditores significativos do domínio geral da qualidade de vida.

No que se refere ao domínio físico, o modelo revela-se significativo ($R_{Aj}^2 = .43$, $F(2,15) = 5.56$, $p=0,016$), explicando 42,6% da variância. Contudo, verifica-se que, isoladamente, apenas o sentido de vida é preditor significativo do domínio físico da qualidade de vida $\beta = .531$, $p=0,019$.

Também para o domínio psicológico o modelo se revela significativo ($R_{Aj}^2 = .70$, $F(2,15) = 20.89$, $p<0,001$) e explica 70,1% da variância. Verifica-se que, isoladamente, tanto o sentido de vida $\beta = .703$, $p<0,001$ como a autonomia/privacidade $\beta = .355$, $p=0,020$ são preditores significativos do domínio psicológico da qualidade de vida.

Também para as relações sociais se conclui que o modelo é significativo ($R_{Aj}^2 = .68$, $F(2,15) = 19.06$, $p<0,001$) e explica 68,0% da variância. Verifica-se que, isoladamente, tanto o sentido de vida $\beta = .447$, $p=0,006$ como a autonomia/privacidade $\beta = .642$, $p<0,001$ são preditores significativos do domínio relações sociais.

Por fim, no que respeita ao ambiente, o modelo é também significativo ($R_{Aj}^2 = .70$, $F(2,15) = 21.04$, $p<0,001$) e explica 70,2% da variância. Verifica-se que, isoladamente, tanto o sentido de vida $\beta = .436$, $p=0,006$ como a autonomia/privacidade $\beta = .645$, $p<0,001$ são preditores significativos do domínio ambiente.

Discussão

O principal propósito desta investigação é o estudo de variáveis associadas a uma adaptação psicológica positiva à infeção pelo VIH, procurando compreender de que forma essas variáveis interferem com a qualidade de vida dos indivíduos seropositivos. Para isso definiram-se alguns objetivos específicos de investigação aos quais se pretende dar resposta neste capítulo.

O primeiro objetivo definido diz respeito à caracterização das variáveis psicológicas em estudo na população com infeção pelo VIH.

O valor médio de adesão terapêutica obtido nesta amostra (75,2) encontra-se acima do ponto de corte ótimo (≥ 70) para uma boa adesão (Reis, 2012). Assim, pode considerar-se que a população seropositiva deste estudo revela uma boa adesão terapêutica. A média obtida é superior àquela que foi encontrada por Reis (2012) entre a população seropositiva portuguesa (71,3) e também à média obtida por Remor (2002) entre a população espanhola (73,0). Ou seja, de forma geral, os participantes revelam níveis consideravelmente altos de cumprimento e adesão ao tratamento para o VIH. Tais resultados poderão estar associados, em parte, aos avanços médicos, nomeadamente à simplificação do tratamento antirretrovírico que tem vindo a acontecer ao longo dos anos. Tal é visível através da diminuição do número de comprimidos ingeridos por dia, que chegava a ser superior a 4 para vários sujeitos na amostra utilizada por Reis (2012) e que neste estudo varia maioritariamente entre um e dois comprimidos (não ultrapassando os três comprimidos por dia e com apenas dois sujeitos nessa condição). De facto, num estudo realizado por Reis, Guerra, e Lencastre (2013), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na adesão terapêutica e na qualidade de vida (domínios geral, físico e ambiente) tendo em conta o número de comprimidos, sendo que os sujeitos que se encontravam a seguir um regime único de medicação apresentaram maiores níveis de adesão e de qualidade de vida.

Para o sentido de vida, o valor médio encontrado (27,0) revela-se ligeiramente inferior à média para a população saudável (28,1) obtida por Guerra e colaboradores (2017). Já no estudo de Duque e colaboradores (2017), a média do sentido de vida revelou-se bastante mais baixa entre a população com VIH (23,8). De facto, podendo a infeção pelo VIH ser perspectivada como uma crise que surge na vida da pessoa e tratando-se de uma doença desestruturante do ponto de vista psicológico, é de esperar que a pessoa veja o seu sentido de vida afetado. Curiosamente, o valor obtido neste estudo é

consideravelmente superior ao encontrado na investigação realizada por Duque em 2014 (Duque et al., 2017). Tal poderá justificar-se pelo aumento do número de casos assintomáticos e pela melhoria que tem vindo a decorrer ao nível da qualidade de vida dos sujeitos, associada aos avanços na medicina no que diz respeito ao tratamento antirretrovírico e também à diminuição do estigma entre a população geral.

No que se refere à satisfação conjugal, a média obtida (3,8) revela que os participantes que mantêm uma relação amorosa se encontram satisfeitos com essa mesma relação, realizando uma avaliação pessoal positiva da conjugalidade, quer em relação ao amor (4,1), quer em relação ao funcionamento (3,8). Estes resultados são bastante próximos daqueles que foram encontrados para a população geral (Lopes, 2012) quer na satisfação conjugal global (4,0), quer nas dimensões amor (4,1) e funcionamento conjugal (3,9), num estudo com 193 sujeitos (no qual se utilizou a mesma escala). Também no estudo realizado por Pasipanodya e Heatherington (2014) com indivíduos seropositivos, se verificou que a população em estudo se encontrava satisfeita no que se refere à relação amorosa.

Os valores médios de qualidade de vida encontrados nesta amostra revelam-se inferiores aos da população geral (Vaz Serra et al., 2006) em todos os domínios, à exceção do domínio ambiente. Assim, a média entre a população seropositiva deste estudo nos domínios geral (62,2), físico (65,1), psicológico (65,4) e relações sociais (59,2) encontra-se abaixo da média da população geral para esses mesmos domínios (71,5, 77,5, 72,4 e 70,4, respetivamente). No que se refere ao ambiente, a média encontrada neste estudo (67,1) revela-se superior à média da população geral (64,9). Isto significa que a perceção de qualidade de vida dos participantes deste estudo é mais alta no que se refere a segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação em atividades de lazer, ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima) e transportes. É de notar que a média da qualidade de vida nesta amostra é superior à encontrada por Vaz Serra e colaboradores (2006) para a população com VIH em todos domínios. Tal vai ao encontro da ideia de que os avanços consideráveis no tratamento antirretroviral têm vindo a resultar numa maior sobrevida, numa diminuição das complicações associadas a doenças e numa melhoria da qualidade de vida (Alvis et al., 2009; Reis, 2012). Relativamente à média elevada obtida particularmente no domínio ambiente, é de referir que tal poderá estar associado ao facto de os sujeitos desta amostra se encontrarem satisfeitos com os cuidados de saúde do centro hospitalar em questão e com as condições

da cidade em que vivem. De uma forma geral, na cidade do Porto existe facilidade em termos de transportes e há a possibilidade de tratamentos médicos e acompanhamento psicológico consistentes de forma gratuita, o que provavelmente não sucederá noutras localidades.

O segundo objetivo definido passa por estudar as diferenças na qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas e clínicas.

No que se refere às variáveis sociodemográficas, a amostra é maioritariamente constituída por homens, com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos, profissionalmente ativos, com um nível superior de escolaridade e residentes noutros conselhos da cidade do Porto. A amostra distribui-se equitativamente no que respeita a manter ou não uma relação amorosa.

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao género, idade, atividade profissional, escolaridade e residência, o que significa que ser homem ou mulher, mais jovem ou mais velho, manter-se ou não ativo em termos profissionais, ter um nível mais baixo ou mais alto de escolaridade e residir no conselho do Porto ou noutros conselhos não parece ter interferência na perceção de qualidade de vida dos participantes. Tal poderá ser explicado, em parte, pela homogeneidade da amostra no que se refere a algumas variáveis. Por exemplo, relativamente à atividade profissional, a maior parte dos sujeitos encontra-se profissionalmente ativo, existindo uma percentagem baixa de sujeitos inativos em termos profissionais. Isto poderá ser representativo da ideia de que se está a caminhar no sentido de uma maior aceitação da doença por parte da sociedade, pelo que os próprios sujeitos com VIH poderão estar a lidar melhor com a sua condição de saúde, procurando seguir com as suas vidas da forma mais natural possível, mantendo-se envolvidos na comunidade, nomeadamente no contexto profissional. Também num estudo recente realizado no sudeste asiático se verificou que não existiam diferenças estatisticamente significativas tendo em conta o género, a idade, a atividade profissional e a residência (Yang, Thai, & Choi, 2016). Já noutros estudos realizados com indivíduos seropositivos, como é o caso da investigação realizada por Maia (2016), foram encontradas diferenças em relação ao género, atividade profissional e escolaridade. O género masculino, o facto de se estar empregado e uma maior escolaridade surgem associados a níveis mais altos de qualidade de vida na componente física (Maia, 2016). Já num estudo realizado por Karkashadze e colaboradores (2016), níveis mais altos de qualidade de vida surgem entre os sujeitos mais velhos e com um nível de escolaridade mais alto. Deste modo, considera-se

pertinente a realização de mais estudos de modo a alcançar resultados mais conclusivos acerca da influência destas variáveis na qualidade de vida percebida entre os sujeitos seropositivos. No que se refere a manter ou não uma relação amorosa, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, sendo que os sujeitos que se encontram num relacionamento relatam piores níveis de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico. Considera-se que estes resultados refletem a importância que a qualidade da relação conjugal desempenha no que se refere à percepção de qualidade de vida. Tendo em conta que parte da amostra se revela insatisfeita com a relação conjugal, será expectável que entre esses sujeitos existam níveis mais baixos de qualidade de vida. De facto, verifica-se que há diferenças entre os dois grupos (satisfação conjugal mais alta vs. satisfação conjugal mais baixa) em três domínios da qualidade de vida, sendo que os valores médios de qualidade de vida se revelam mais altos entre os sujeitos com níveis mais altos de satisfação conjugal. Tais resultados vão ao encontro da ideia já referida de que manter uma relação mais tumultuosa parece surgir associado a menores sentimentos de segurança psicológica imediatamente após uma situação de crise (Smith, et al., 2016) e de que dinâmicas de relacionamento como a satisfação e o compromisso promovem o envolvimento do casal em comportamentos que melhoram a saúde (Lewis et al., 2006).

Relativamente às variáveis clínicas, a amostra é maioritariamente constituída por pessoas que não apresentam efeitos secundários, que nunca estiveram hospitalizadas por causa da doença e que não têm nenhuma doença sintomatológica associada ao VIH.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de qualidade de vida para as variáveis doença associada, hospitalização, tempo de diagnóstico, tempo de medicação e número de medicamentos. Assim, apresentar ou não uma doença sintomatologicamente associada ao VIH e já ter passado ou não por um período de internamento por causa da doença não parece afetar os níveis de qualidade de vida dos sujeitos. Do mesmo, ter o diagnóstico do VIH e fazer TARV há mais ou menos tempo não interfere na qualidade de vida dos participantes desta amostra. Também o número de medicamentos ingeridos (seja um, dois ou três por dia) não parece ter impacto nos níveis de qualidade de vida percebida. Já na investigação realizada por Maia, em 2016, se verificou que não existiam diferenças na qualidade de vida tendo em conta as variáveis hospitalização, tempo de diagnóstico, tempo de medicação e número de medicamentos. No estudo já mencionado realizado por Karkashadze e colaboradores (2016) não foram encontradas diferenças tendo em conta o tempo de diagnóstico e a presença de co-

infecções. Também no estudo desenvolvido por Yang e colaboradores (2016) os resultados encontrados apontam para a inexistência de diferenças na qualidade de vida tendo conta o tempo de diagnóstico e o tempo a fazer TARV. Num outro estudo desenvolvido em Espanha por Cerdá, Conde, Verdugo, Cortés, e Gómez (2014) verificou-se que não existem diferenças na qualidade de vida tendo em conta a presença de co-infecções e o número de medicamentos. Porém, nesse mesmo estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tendo em conta os efeitos secundários, sendo que os doentes com maior número de efeitos secundários apresentaram pontuações mais baixas nas componentes mental e física da qualidade de vida (Conde et al., 2014). Também na presente investigação foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tendo em conta os efeitos secundários, sendo que os doentes que referem efeitos secundários associados ao VIH apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida percebida nos domínios geral e físico. De facto, é fácil reconhecer o impacto desta variável na qualidade de vida, em particular no que se refere ao domínio físico. É expectável que a presença de efeitos secundários como dores de cabeça, náusea, diarreia e fadiga, os mais frequentes entre as pessoas em tratamento com medicamentos antirretrovirais (Carter, 2010), se traduza em pontuações mais baixas em itens relacionados com dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida diária, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho.

O terceiro objetivo proposto refere-se à análise da relação das variáveis em estudo (adesão terapêutica, sentido de vida e satisfação conjugal) com a qualidade de vida. As associações encontradas nesta investigação vão ao encontro da relação prevista, positivamente associada, entre as variáveis em questão e a qualidade de vida.

No que diz respeito à adesão terapêutica, a associação positiva (moderada) obtida mostra que as pessoas com VIH que revelam boa adesão ao tratamento apresentam uma melhor perceção de qualidade de vida em vários domínios (psicológico, relações sociais e ambiente). Não foi encontrada uma associação com o domínio físico, o que constitui um resultado inesperado e diferente do obtido por Reis (2012), onde pontuações mais elevadas no instrumento da adesão terapêutica surgiram precisamente entre os domínios físico e psicológico da qualidade de vida. De facto, revelando uma boa adesão terapêutica e, portanto, cumprindo as recomendações acordadas com os profissionais de saúde, seria de prever resultados mais favoráveis no que se refere à perceção de dor e desconforto, energia, mobilidade, sono e capacidade de trabalho entre os sujeitos desta amostra. Porém, é de notar que a amostra deste estudo é de somente 42 sujeitos e que existe um

número reduzido de pessoas que se situa abaixo do ponto de corte ótimo para uma boa adesão, ou seja, estamos perante uma amostra pouco heterogénea no que se refere a esta variável, o que de alguma forma poderá limitar no alcance de diferenças significativas e, desse modo, interferir com os resultados estatísticos obtidos.

Relativamente ao sentido de vida, foi encontrada uma associação positiva (forte) com todos os domínios da qualidade de vida. Assim, as pessoas com VIH que apresentam pontuações mais elevadas na escala de sentido de vida são aquelas que apresentam melhor perceção de qualidade de vida, seja a nível geral, físico, psicológico, das relações sociais ou do ambiente. De facto, vários autores perspetivam o sentido de vida como uma variável potencialmente relacionada ao bem-estar e a uma saúde melhor (Park et al., 2010; Skrabski et al., 2005; Steger et al., 2009). Deste modo, a perceção de que se tem objetivos na vida e uma missão a seguir no sentido de desenvolver as suas próprias potencialidades, presente entre os sujeitos desta amostra, traduz-se numa avaliação positiva da qualidade de vida relacionada à saúde dos mesmos. De facto, a média do sentido de vida é alta em comparação com outros estudos e isso reflete-se também em níveis mais altos de qualidade de vida.

Em relação à satisfação conjugal, é de notar que é entre esta variável que se encontram as correlações mais altas com a qualidade de vida. Assim, existe uma associação positiva (forte) entre a satisfação conjugal global e vários domínios da qualidade de vida (geral, relações sociais e ambiente), o que significa que, entre os sujeitos que mantêm um relacionamento amoroso, aqueles que se revelam mais satisfeitos com esse relacionamento são aqueles que apresentam maior qualidade de vida relacionada à saúde. Há ainda uma associação positiva (forte) entre a qualidade de vida (domínios geral, psicológico, relações sociais e ambiente) e as duas dimensões principais do instrumento: amor e funcionamento. Deste modo, uma maior satisfação no que se refere aos sentimentos que cada um nutre pelo outro e/ou pela relação (dimensão amor) reflete-se em níveis mais altos de qualidade de vida, bem como numa maior satisfação em relação ao modo como o casal se organiza e regula as relações no holon conjugal (dimensão funcionamento). Além disso, dentro de cada dimensão há várias áreas específicas da vida conjugal que se associam de forma significativa à qualidade de vida. É de destacar as correlações bastante altas que surgem entre as diferentes áreas que integram as dimensões amor e funcionamento e a perceção de qualidade de vida ao nível das relações sociais. Assim, há uma associação positiva (forte) entre a qualidade nas relações sociais e a satisfação no que se refere aos sentimentos e expressão de

sentimentos, à sexualidade, à continuidade da relação e às características físicas e psicológicas. Existe também uma associação positiva (forte) entre a qualidade de vida nas relações sociais e a satisfação ao nível das funções familiares, dos tempos livres, da autonomia/privacidade, da comunicação e conflitos e das relações extrafamiliares. Entre as várias áreas referidas, é de destacar a forte associação estabelecida com as relações extrafamiliares ($r=0,843$, $p<0,001$) e com os sentimentos e expressão de sentimentos ($r=0,933$, $p<0,001$). De facto, a qualidade de vida nas relações sociais tem a ver com o nível de satisfação da pessoa para com as relações pessoais que mantém, para com o apoio que recebe dos outros e para com a atividade sexual. Assim, é compreensível que a presença de um relacionamento conjugal de qualidade, ao qual se associe satisfação, envolvimento e intimidade, se traduza numa melhor qualidade de vida ao nível das relações sociais. A associação forte entre a qualidade nas relações sociais e a satisfação com os sentimentos e com as relações extrafamiliares reflete a importância, não só dos sentimentos e admiração que cada membro do casal nutre um pelo outro e forma como os expressa, mas também do modo como se relaciona com outras pessoas e contextos (como familiares, amigos, profissão). Ou seja, no contexto da relação conjugal em si, parece existir um papel importante de outros fatores, nomeadamente do contexto social, que se revela preponderante na qualidade de vida dos sujeitos com infeção VIH. É de referir a inexistência de associações com o domínio físico da qualidade de vida. Este domínio está muito relacionado com questões que têm a ver com a dor, fadiga, repouso, mobilidade, atividades diárias, necessidade de cuidados médicos e capacidade de trabalho, sendo que a satisfação conjugal não surge como fator determinante no que respeita à perceção de qualidade neste domínio. Possivelmente, outros fatores estarão a exercer um peso maior, como é o caso da presença de efeitos secundários e de outras doenças associadas ao VIH. De facto, há uma percentagem considerável de sujeitos que se encontra num relacionamento e que apresenta efeitos secundários e alguma doença sintomatológica associada ao VIH, o que poderá de alguma forma camuflar o efeito da satisfação conjugal neste domínio.

Por fim, o quarto objetivo passa pela tentativa de estabelecer modelos preditores da qualidade de vida.

Assim, primeiramente procura-se perceber de que modo a adesão terapêutica e o sentido de vida – duas variáveis que se correlacionam significativamente com alguns domínios da qualidade de vida – predizem essa mesma variável. É possível concluir que, efetivamente, as variáveis se mostram preditores significativos dos domínios geral, físico,

psicológico, relações sociais e ambiente. Tais resultados sugerem o papel determinante do sentido de vida e da adesão terapêutica na qualidade de vida dos sujeitos com VIH. A verdade é que vários estudos têm vindo a sugerir um papel protetor do sentido de vida na saúde mental e nos comportamentos associados à saúde (e.g., Jim & Andersen, 2007; Kiang & Fuligni, 2009; Steger & Frazier, 2005). Do mesmo modo, vários estudos fundamentam a importância crescente dada à adesão terapêutica, como é o caso do estudo realizado por Silva e colaboradores, no qual se verificou que os sujeitos com uma adesão rigorosa à TARV apresentavam melhores níveis de qualidade de vida (Silva et al., 2014). Os resultados deste estudo vão, portanto, ao encontro destes dados, reforçando o contributo positivo destas duas variáveis e salientando a importância de, futuramente, delinear intervenções psicológicas que tenham em conta o seu papel na melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde entre as pessoas com VIH.

De seguida, pretende-se compreender de que forma o sentido de vida e a autonomia/privacidade - duas variáveis que se correlacionam também de forma significativa positiva e forte com vários domínios da qualidade de vida - predizem essa mesma variável. O que se conclui é que, de facto, o sentido de vida e a autonomia/privacidade se revelam preditores significativos dos domínios geral, físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Estes resultados sugerem a importância do sentido de vida e da autonomia/privacidade na perceção de qualidade de vida dos sujeitos. Ou seja, a existência consciente de um propósito ou missão na vida da pessoa, conjuntamente com a perceção de autonomia e de privacidade de cada elemento do casal, surgem como fatores relevantes para o alcance de uma boa qualidade de vida relacionada à saúde entre indivíduos infetados pelo VIH. Tal como referido anteriormente, são vários os autores que defendem o papel relevante do sentido de vida no que se refere à qualidade de vida relacionada à saúde. E, de igual modo, vários autores têm vindo a reconhecer os relacionamentos íntimos como fonte de suporte em eventos difíceis (Manne et al., 2012) e a qualidade do relacionamento como precursora de comportamentos saudáveis em casais (Lewis et al., 2006). Contudo, é interessante perceber que, entre as várias áreas da vida conjugal estudadas, surge a autonomia/privacidade (área mais ligada às dinâmicas de funcionamento do casal e, em particular, ao espaço individual e pessoal de cada um) a predizer, conjuntamente com o sentido de vida, a qualidade de vida entre os seropositivos. De facto, uma relação de amor e intimidade passa pela interação íntima com sentimentos de afeto recíproco, confiança e partilha (Prager, 1995), sendo que a intimidade surge, neste sentido, como uma capacidade relacional, mas também individual. Deste modo,

reconhece-se a importância da identidade individual na relação e defende-se a ideia de que o *nós* como identidade não tem de implicar uma fusão de *selves* (Costa, 2005). Segundo a autora, a intimidade ultrapassa a validação e aceitação pelo outro, implicando a validação de nós próprios por nós próprios e o confronto com o nosso *self*. Uma das definições de intimidade propostas pela perspectiva humanista é precisamente a da intimidade enquanto tipo de relação específico em que cada um dos seus intervenientes dá um pouco do seu mundo interior, defendendo-se, no entanto, no sentido de preservar o seu *self* (Costa, 2005). Também o sentido de vida, construto emergente com o Humanismo, caracteriza o indivíduo capaz de estar em permanente evolução no desenvolver das suas potencialidades (Guerra, 1992), revelando-se um fator muito pessoal, essencial na resolução da crise e consequente adaptação psicológica ao VIH.

Concluindo, pode dizer-se que neste estudo é reforçado o contributo já reconhecido da adesão terapêutica e do sentido de vida na qualidade de vida dos sujeitos seropositivos, salientando-se agora o seu papel preditor no que se refere a uma boa adaptação psicológica ao VIH. Além disso, conclui-se que, intimamente ligado ao sentido de vida, surge um sentido existencial e um significado muito pessoal, ao qual necessariamente se associa a preservação do espaço pessoal e autónomo de cada pessoa, sendo que estes fatores se revelam essenciais para uma adaptação positiva à seropositividade e, consequentemente, para a promoção do bem-estar geral e qualidade de vida relacionada à saúde entre a população com VIH.

Conclusão

Neste capítulo pretende-se apresentar os pontos chave do presente estudo, resumindo as principais ideias discutidas, referindo as suas limitações e sugerindo aspetos a ter em consideração em investigações futuras.

Recorde-se que o principal objetivo deste trabalho passa por estudar as variáveis associadas a uma adaptação psicológica positiva à infeção pelo VIH, pretendendo-se compreender de que forma a adesão terapêutica, o sentido de vida e a satisfação conjugal interferem com a qualidade de vida dessa população.

De uma forma geral, verifica-se uma boa adesão terapêutica, situada acima do ponto de corte ótimo para uma boa adesão (Reis, 2012). Também o sentido de vida se revela bom, sendo consideravelmente superior ao obtido entre sujeitos com VIH (Duque et al., 2017) e próximo ao obtido para população saudável (Guerra et al., 2017). A satisfação conjugal surge também com valores próximos aos da população geral (Lopes, 2012), sendo que os sujeitos se encontram maioritariamente satisfeitos com a sua relação. A qualidade de vida mostra-se inferior à da população geral (Vaz Serra et al., 2006) - à exceção do domínio ambiente -, mas superior à encontrada para a população com VIH (Vaz Serra et al., 2006), neste caso para todos os domínios. Em termos de variáveis sociodemográficas e clínicas, a qualidade de vida difere apenas em função do relacionamento (manter ou não um relacionamento amoroso) e da presença de efeitos secundários.

Resumidamente, verifica-se que a adesão terapêutica, o sentido de vida e a satisfação conjugal se associam positivamente à qualidade de vida. A adesão surge positiva e moderadamente associada à qualidade de vida, à exceção do domínio físico, o que não vai ao encontro do esperado. Destaca-se o sentido de vida, que exerce uma grande influência na qualidade de vida, surgindo forte e positivamente associado a todos os seus domínios. Também a satisfação conjugal interfere com a qualidade de vida, verificando-se uma associação positiva forte a vários domínios. As duas dimensões principais (amor e funcionamento) relacionam-se de forma positiva e forte a todos os domínios, à exceção do físico. São várias as associações positivas estabelecidas entre diferentes áreas do amor e funcionamento e a qualidade de vida, enfatizando-se as correlações bastante altas encontradas para o domínio das relações sociais.

Em termos de preditores da qualidade de vida, estabeleceu-se um modelo que incluiu as variáveis adesão terapêutica e sentido de vida, que se revela significativo para todos os domínios - contudo, apenas se verifica um contributo individual significativo do sentido de vida. Também as variáveis sentido de vida e autonomia/privacidade parecem prever significativamente a qualidade de vida para os sujeitos que estão num relacionamento, neste caso com um papel preditor de ambas as variáveis para todos os seus domínios.

No que respeita a limitações, é de referir o facto de se tratar de um estudo transversal, que não permite obter conclusões tão completas como permitiria um estudo longitudinal, em que se teria a vantagem de incluir a dimensão temporal. Além disso, considera-se que a amostra não será representativa da população portuguesa seropositiva, na medida em que os participantes são provenientes de um único centro hospitalar e, portanto, de uma única zona do país. É de notar também a homogeneidade da amostra, o que limita a variabilidade dos resultados. Por fim, é de referir o facto de, tratando-se de uma amostra relativamente pequena, apenas um número reduzido de sujeitos se encontrar numa relação amorosa, o que, de certo modo, limita a análise estatística no que se refere à variável satisfação conjugal.

Posto isto, sugere-se que futuramente se conduzam estudos longitudinais e que se utilize uma amostra proveniente de diferentes zonas do país e mais heterogénea sendo, portanto, mais representativa da população seropositiva em Portugal. Tendo em conta os resultados obtidos, acredita-se que será bastante pertinente o estudo da satisfação conjugal entre sujeitos seropositivos utilizando uma amostra maior, de modo a esclarecer o efeito desta variável na qualidade de vida. Pensa-se que poderá ser interessante estudar, em particular, as diferenças na satisfação conjugal entre casais seroconcordantes e serodiscordantes e a sua influência na qualidade de vida. Por fim, note-se que maioritariamente esta amostra é constituída por sujeitos que mantêm acompanhamento psicológico, o que se acredita que poderá ter interferido na qualidade de vida dos mesmos; assim, considera-se que será interessante avaliar a qualidade de vida em função dessa variável (manter ou não acompanhamento psicológico).

Em suma, e procurando responder à questão central de investigação, salienta-se a influência clara da adesão terapêutica, do sentido de vida e da satisfação conjugal (em particular da área relativa à autonomia/privacidade) na qualidade de vida dos sujeitos infetados pelo VIH. Reforça-se, assim, a contribuição deste estudo, no sentido em que se

esclarece o papel relevante destas variáveis, apelando-se à sua consideração aquando da delineação da intervenção psicológica junto dos indivíduos seropositivos. Destaca-se a satisfação conjugal, variável pouco estudada até então no contexto da infeção pelo VIH e que surge aqui com um papel preponderante. De facto, esta variável tem influência no modo como a população seropositiva se adapta ao diagnóstico do VIH, sendo que a presença de uma relação amorosa satisfatória parece traduzir-se em resultados positivos na qualidade de vida relacionada à saúde.

Referências bibliográficas

- Alsayed, N., Sereika, S., Albrecht, S., Terry, M., & Erlen, J. (2016). Testing a model of health-related quality of life in women living with HIV infection. *Quality Of Life Research*, 26(3), 655-663. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-016-1482-4>.
- Alvis, O., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Diaz, J., & Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antiretroviral en adultos infectados con el VIH/SIDA. *An Fac Med*, 70 (4), 266-272.
- Audet, C., Wagner, L., & Wallston, K. (2015). Finding meaning in life while living with HIV: validation of a novel HIV meaningfulness scale among HIV-infected participants living in Tennessee. *BMC Psychology*, 3(1). Retirado de <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-015-0070-7>.
- Bader, A., Kremer, H., Erlich-Trungenberger, I., Rojas, R., Lohmann, M., Deobald, O., Lochmann, R., Altmeyer, P., & Brockmeyer, N. (2006). An adherence typology: Coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. *Med Sci Monit*, 12(12), 493-500.
- Balthip, Q., & Purnell, M. (2014). Pursuing Meaning and Purpose in Life Among Thai Adolescents Living With HIV: A Grounded Theory Study. *Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care*, 25(4), e27-e38. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2014.03.004>.
- Blank, M., Hennessy, M., & Eisenberg, M. (2013). Increasing Quality of Life and Reducing HIV Burden: The PATH+ Intervention. *AIDS And Behavior*, 18(4), 716-725. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-013-0606-x>.
- Bronk, K. (2014). *Purpose in Life*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- Calvetti, P., Giovelli, G., Gauer, G., & Moraes, J. (2014). Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 63(1), 8-15. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/0047-20850000000002>.

- Carballo, E., Cadarso-Suárez, C., Carrera, I., Fraga, J., de la Fuente, J., & Ocampo, A. et al. (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality Of Life Research*, 13(3), 587-599. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1023/b:qure.0000021315.93360.8b>.
- Cardona-Arias, J., & Higuera-Gutiérrez, L. (2014). Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Revista Española De Salud Pública*, 88(1), 87-101. Retirado de <http://dx.doi.org/10.4321/s1135-57272014000100006>.
- Carter, M. (2010). Medicamentos anti-VIH. Retirado de http://www.sermais.pt/media/86/File/Publicacoes/Medicamentos_AntiVih.pdf.
- Castro e Melo, J. (2004). Alterações imunitárias / imunopatologia da infecção VIH/SIDA. In H. Lecour & R. Sarmento e Castro (Eds.), *Infeção VIH/SIDA – 2º Curso de Pós-Graduação* (pp.67-83). GlaxoSmithKline.
- Catunda, C., Seidl, E., & Lemétayer, F. (2016). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 32. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne218>.
- Centre for Disease Control (1993). *Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults*. Retirado de www.heart-intl.net/Heart/HIV/Comp/SurveillanceCaseDefinition1993.pdf.
- Center of Disease Control (2014). *Terms, Definitions, and Calculations Used in CDC HIV Surveillance Publications*. Retirado de http://www.cdc.gov/hiv/pdf/prevention_ongoing_surveillance_terms.pdf.
- Cerdá, J., Conde, M., Verdugo, R., Cortés, M., & Gómez, M. (2014). Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. *Farm Hosp*, 38(4), 291-299. doi: 10.7399/FH.2014.38.4.7404.
- Conroy, A., & Chilungo, A. (2014). Male victims of sexual violence in rural Malawi: the overlooked association with HIV infection. *AIDS Care*, 26(12), 1576-1580. doi: 10.1080/09540121.2014.931562.

- Conroy, A., McGrath, N., Van Rooyen, H., Hosegood, V., Johnson, M., & Fritz, K. et al. (2016). Power and the association with relationship quality in South African couples: Implications for HIV/AIDS interventions. *Social Science & Medicine*, 153, 1-11. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.035>.
- Cooper, V., Moyle, G., Fisher, M., Reilly, G., Ewan, J., & Liu, H. et al. (2011). Beliefs about antiretroviral therapy, treatment adherence and quality of life in a 48-week randomised study of continuation of zidovudine/lamivudine or switch to tenofovir DF/emtricitabine, each with efavirenz. *AIDS Care*, 23(6), 705-713. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2010.534433>.
- Costa, M. (2005). *À Procura da Intimidade* (1st ed., pp. 13-25). Porto: ASA Editores, S.A.
- Darbes, L., Chakravarty, D., Neilands, T., Beougher, S., & Hoff, C. (2013). Sexual Risk for HIV Among Gay Male Couples: A Longitudinal Study of the Impact of Relationship Dynamics. *Archives Of Sexual Behavior*, 43(1), 47-60. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0206-x>.
- Degroote, S., Vogelaers, D., & Vandijck, D. (2014). What determines health-related quality of life among people living with HIV: an updated review of the literature. *Archives Of Public Health*, 72(1). Retirado de <http://dx.doi.org/10.1186/2049-3258-72-40>.
- Dejman, M., Ardakani, H. M., Moradi, G., Gouya, M. M., Shushtari, Z. J., Seyed Alinaghi, S. A., & Malekafzali, B. (2015). Psychological, Social, and Familial Problems of People Living with HIV/AIDS in Iran: A Qualitative Study. *International Journal Of Preventive Medicine*, 50-58. doi:10.4103/2008-7802.172540.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Portugal Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015*. Retirado de <http://www.pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/relatorios1.aspx>.
- Du, H., Li, X., Chi, P., Zhao, J., & Zhao, G. (2017). Meaning in life, resilience, and psychological well-being among children affected by parental HIV. *AIDS Care*, 1-7. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2017.1307923>.

- Duque, S., Reis, A., Lencastre, L., & Guerra, M. (2017). Satisfação com a Vida em pessoas seropositivas ao vírus da SIDA. *Análise Psicológica*, 3 (XXXV), 297-308. doi: 10.14417/ap.1183.
- Gakhar, H., Kamali, A., & Holodniy, M. (2013). Health-related Quality of Life Assessment after Antiretroviral Therapy: A Review of the Literature. *Drugs*, 73(7), 651-672. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1007/s40265-013-0040-4>.
- Garrido-Hernansaiz, H., Heylen, E., Bharat, S., Ramakrishna, J., & Ekstrand, M. (2016). Stigmas, symptom severity and perceived social support predict quality of life for PLHIV in urban Indian context. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 14(1). Retirado de <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-016-0556-x>.
- Geocze, L., Mucci, S., De Marco, M., Nogueira-Martins, L., & Citero, V. (2010). Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. *Revista De Saúde Pública*, 44(4), 743-749. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102010000400019>.
- George, L., & Park, C. (2013). Are meaning and purpose distinct? An examination of correlates and predictors. *The Journal Of Positive Psychology*, 8(5), 365-375. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.805801>.
- Góis, A. (2009). Impacto psicossocial do teste VIH positivo. Dissertação de Mestrado em Sida: da Prevenção à Terapêutica. Coimbra: FMUC.
- Grilo, A. M. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), pp. 101-118.
- Guerra, M. (1992). Conceito de Auto-actualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas [Self-actualizing concept, a scale development and validation of psychometric proprieties]. *Psychologica*, 7, 95-109.
- Guerra, M. (1998). SIDA. Implicações Psicológicas. Lisboa: Fim de Século.
- Guerra, M. (2010). Humanismo revisitado e Psicologia Positiva: Contributos para a Psicologia da Saúde. Provas de agregação FPCE.UP.
- Guerra, M., Lencastre, L., Silva, E., & Teixeira, P. (2017). Meaning in life in medical settings: A new measure correlating with psychological variables in disease. *Cogent Psychology*, 4(1). Retirado de <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2017.1286747>.

- Hays, D., Cunningham, E., Sherbourne, C. D., Wilson, I. B., Wu, A. W., Cleary, P. D. Bozzette, S. A. (2000). Health-related quality of life in patients with Human Immunodeficiency Virus infection in the United States: Results from the HIV cost and services utilization study. *American Journal of Medicine*, 108, 714-722. doi: 10.1016/S0002-9343(00)00387-9.
- Heleno, M., & Santos, H. (2004). Adaptação em pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 87-91.
- Hipolito, R., Oliveira, D., Costa, T., Marques, S., Pereira, E., & Gomes, A. (2017). Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25(0). Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>.
- Jacobi, C. A., Atanga, P. N., Bin, L. K., Mbome, V. N., Akam, W., Bogner, J. R., & Malfertheiner, P. (2013). HIV/AIDS-related stigma felt by people living with HIV from Buea, Cameroon. *AIDS Care*, 25(2), 173-180. doi:10.1080/09540121.2012.701715.
- Jim, H., & Andersen, B. (2007). Meaning in life mediates the relationship between social and physical functioning and distress in cancer survivors. *British Journal Of Health Psychology*, 12(3), 363-381. doi: 10.1348/135910706x128278.
- Karkashadze, E., Gates, M., Chkhartishvili, N., DeHovitz, J., & Tsertsvadze, T. (2016). Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia. *International Journal Of STD & AIDS*, 28(7), 672-678. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1177/0956462416662379>.
- Kiang, L., & Fuligni, A. (2009). Meaning in Life as a Mediator of Ethnic Identity and Adjustment Among Adolescents from Latin, Asian, and European American Backgrounds. *Journal Of Youth And Adolescence*, 39(11), 1253-1264. doi: 10.1007/s10964-009-9475-z.
- Langebeek, N., Sprenger, H., Gisolf, E., Reiss, P., Sprangers, M., & Legrand, J. et al. (2013). A simplified combination antiretroviral therapy regimen enhances adherence, treatment satisfaction and quality of life: results of a randomized clinical trial. *HIV Medicine*, 15(5), 286-290. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1111/hiv.12112>.

- Lewis, M., McBride, C., Pollak, K., Puleo, E., Butterfield, R., & Emmons, K. (2006). Understanding health behavior change among couples: An interdependence and communal coping approach. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1369-1380. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.006.
- Liu, H., Xu, Y., Lin, X., Shi, J., & Chen, S. (2013). Associations between Perceived HIV Stigma and Quality of Life at the Dyadic Level: The Actor-Partner Interdependence Model. *Plos ONE*, 8(2). Retirado de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0055680>.
- Lopes, B. (2012). Um olhar sobre as relações amorosas: Satisfação conjugal, Intimidade e Satisfação sexual. Dissertação de Mestrado em Psicologia. ISPA.
- Maia, R. (2016). Qualidade de vida, função cognitiva e adesão ao tratamento no VIH. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Manne, S., Badr, H., & Kashy, D. A. (2012). A longitudinal analysis of intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 334–346. doi:10.1007/s10865-011-9349-1.
- Mannheimer, S., Matts, J., Telzak, E., Chesney, M., Child, C., & Wu, A. et al. (2005). Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*, 17(1), 10-22. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1080/09540120412331305098>.
- Martela, F., & Steger, M. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal Of Positive Psychology*, 11(5), 531-545. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>.
- Miranda, A. M. (2003) – Evolução natural da infecção por VIH – Aspectos clínicos. Dossier VIH e SIDA. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19: 587-597.
- Narciso, I., & Costa, M. (1996). Amores Satisfeitos, mas não Perfeitos. *Cadernos De Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- O'Donnell, M. (1996). *HIV/AIDS*. Washington: Taylor & Francis.
- Oliveira, F., Moura, M., Araújo, T., & Andrade, E. (2015). Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paulista De*

Enfermagem, 28(6), 510-516. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500086>.

Park, N., Park, M., & Peterson, C. (2010). When is the Search for Meaning Related to Life Satisfaction?. *Applied Psychology: Health And Well-Being*, 2(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01024.x>.

Pasipanodya, E., & Heatherington, L. (2014). Relationship satisfaction of HIV-positive Ugandan individuals with HIV-negative partners. *AIDS Care*, 27(5), 675-678. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.985181>.

Penedo, F., Gonzalez, J., Dahn, J., Antoni, M., Malow, R., Costa, P., & Schneiderman, N. (2003). Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal Of Psychosomatic Research*, 54(3), 271-278. Retirado de [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00482-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00482-8).

Pereira, M., & Fialho, R. (2016). Assessment of factors associated with the quality of life of patients living with HIV/HCV co-infection. *Journal Of Behavioral Medicine*, 39(5), 767-781. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-016-9778-y>.

Perez, I., Blanco, J., Lima, A., Recio, J., Lopez, E., Basanta, J., & Castano, J. (2006). Factors that affect the Quality of Life of prison inmates on antiretroviral treatment. *AIDS Care*, 18(5), 433-440. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1080/09540120500202183>.

Pomeroy, E., Green, D., & Van Laningham, L. (2002). Couples Who Care: The Effectiveness of a Psychoeducational Group Intervention for HIV Serodiscordant Couples. *Research On Social Work Practice*, 12(2), 238-252. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1177/104973150201200203>.

Prager, K. J. (1995). *The psychology of intimacy*. New York: Guilford Press.

Rao, D., Chen, W., Pearson, C., Simoni, J., Fredriksen-Goldsen, K., & Nelson, K. et al. (2012). Social support mediates the relationship between HIV stigma and depression/quality of life among people living with HIV in Beijing, China. *International Journal Of STD & AIDS*, 23(7), 481-484. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1258/ijsa.2009.009428>.

- Reis, A. C. (2012). *Avaliação da adesão terapêutica na infeção vih/sida e compreensão de variáveis psicológicas associadas*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Reis, A., Guerra, M., & Lencastre, L. (2013). Treatment Adherence, Quality of Life and Clinical Variables in HIV/AIDS Infection. *World Journal Of AIDS*, 03(03), 239-250. doi: 10.4236/wja.2013.33032.
- Reis, A., Lencastre, L., Guerra, M., & Remor, E. (2009). Adaptação portuguesa do “Cuestionario para la Evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral - VIH”. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 10 (2), 175-191.
- Reis, A., Lencastre, L., Guerra, M., & Remor, E. (2010). Relação entre Sintomatologia Psicopatológica, Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica.*, 23(3), 420-429.
- Remien, R. H., Wagner, G., Dolezal, C., & Carballo-Diéguez, A. (2003). Levels and correlates of psychological distress in male couples of mixed HIV status. *AIDS Care*, 15, 525–538. doi:10.1080/0954012031000134764.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14 (2), 262-267.
- Remor, E. (2009). *Manual del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH Y Sida*. Guía para el usuario del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH Y Sida (CEAT-VIH). Madrid: Facultad de Psicología/Universidad Autónoma de Madrid.
- Russell, S., Martin, F., Zalwango, F., Namukwaya, S., Nalugya, R., & Muhumuza, R. et al. (2016). Finding Meaning: HIV Self-Management and Wellbeing among People Taking Antiretroviral Therapy in Uganda. *PLOS ONE*, 11(1). Retirado de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0147896>.
- Sandfort, T. M., Collier, K. L., & Grossberg, R. (2013). Addressing sexual problems in HIV primary care: experiences from patients. *Archives Of Sexual Behavior*, 42(7), 1357-1368. doi:10.1007/s10508-012-0009-5.

- Sarmiento & Castro, R. (2004). Terapêutica anti-retrovírica inicial. In H. Lecour, & R. Sarmiento e Castro (Eds.), *Infecção VIH/SIDA: 2º Curso de Pós-Graduação* (pp. 327-338). GlaxoSmithKline.
- Silva, A. C., Reis, R. K., Nogueira, J. A., & Gir, E. (2014). Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 22(6), 994-1000.
- Skrabski, Á., Kopp, M., Rózsa, S., Réthelyi, J., & Rahe, R. (2005). Life meaning: an important correlate of health in the hungarian population. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 12(2), 78-85.
http://dx.doi.org/10.1207/s15327558ijbm1202_5.
- Smith, C., Cook, R., & Rohleder, P. (2016). Taking into Account the Quality of the Relationship in HIV Disclosure. *AIDS And Behavior*, 21(1), 106-117. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-016-1323-z>.
- Steger, M., & Frazier, P. (2005). Meaning in Life: One Link in the Chain From Religiousness to Well-Being. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(4), 574-582. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.574.
- Steger, M., Oishi, S., & Kashdan, T. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal Of Positive Psychology*, 4(1), 43-52.
<http://dx.doi.org/10.1080/17439760802303127>.
- Sternberg, R., & Barnes, M., (1988), *The psychology of Love*, N.Y.: Yale University.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Sciences and Medicine*, 41, 1403-1409. doi: 10.1023/A:1013867826835.
- The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. doi: 10.1017/s0033291798006667.
- The WHOQOL-HIV Group (2003). Preliminary development of The World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the

pilot version. *Social Science and Medicine*, 57, 1259-1275. doi: 10.1016/ S0277-9536(02)00506-3.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.

Wang, H., Zhou, J., He, G., Luo, Y., Li, X., & Yang, A. et al. (2009). Consistent ART Adherence Is Associated with Improved Quality of Life, CD4 Counts, and Reduced Hospital Costs in Central China. *AIDS Research And Human Retroviruses*, 25(8), 757-763. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1089/aid.2008.0173>.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.

Yang, Y., Thai, S., & Choi, J. (2016). An evaluation of quality of life among Cambodian adults living with HIV/AIDS and using antiretroviral therapy: a short report. *AIDS Care*, 28(12), 1546-1550. doi: 10.1080/09540121.2016.1192100.

ANEXOS

ANEXO A

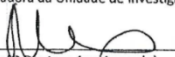
**Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João e do
Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João**

Unidade de Investigação

Tomei conhecimento. Nada a opor.

23 de Janeiro de 2018

A Coordenadora da Unidade de Investigação



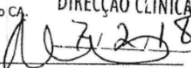
(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

248-17

ANEXO I

Requerimento ao Presidente do Conselho de Administração

Aprovado. Ao CA. DIRECÇÃO CLÍNICA



(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA) 08 FEB 2018

Resolução do Conselho de Administração



Presidente do Conselho de Administração



Presidente do Conselho de Administração

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Inês Sequira Silva Ribeiro

Título do projecto de investigação: Qualidade de vida em pessoas
seropositivas ao vírus da SIDA.

Pretendo realizar no(s) Serviço(s) de Doenças Infecciosas
do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe,
solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua
efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do
Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual
endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Faria, 13 / setembro / 2017

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Inês Sequira Silva Ribeiro

Comissão de Ética para o Saúde do Centro Hospitalar de S. João – EPE
Modelo: CES (1)

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Qualidade de vida em pessoas seropositivas ao vírus da SIDA

Nome da Investigadora Principal: Inês Sequeira Silva Ribeiro, aluna do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCEUP

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Doenças Infecciosas do CHSJ. Dispõe de autorização do Prof. Doutor António Sarmento. A Profissional de Ligação será a Dra. Isabel Ramos, psicóloga em D. Infecciosas.

Objectivos do Estudo:

- Caracterizar as variáveis psicológicas em estudo no VIH comparando os resultados com populações saudáveis.
- Estudar as diferenças na qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas e clínicas.
- Analisar a relação entre a adesão terapêutica, o sentido de vida e a satisfação conjugal com a qualidade de vida.

Inserir-se no âmbito do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia da FPCEUP, sob orientação da Prof.ª Doutora Marina Prista Guerra.

Concepção e Pertinência do estudo:

Pretende-se incluir neste estudo um mínimo de 30 doentes, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- a) Participantes > 18 anos, diagnosticados com infeção por VIH/SIDA há pelo menos 6 meses;
- b) Em tratamento com antiretrovíricos;
- c) Que saibam ler e escrever.

Critérios de exclusão: doença psiquiátrica grave; estágio avançado de infeção por VIH; doentes a participar noutros trabalhos de investigação.

Serão usados vários questionários: 1) sociodemográfico; 2) avaliação da adesão à terapêutica; 3) escala de sentido de vida; 4) escala de satisfação da vida conjugal; 5) escala de qualidade de vida da OMS.

A aplicação dos questionários decorrerá em contexto de consulta de psicologia, ou no final de outras consultas que tenham no serviço, sem necessidade de deslocações propositadas ao CHSJ.

Benefício/risco: Com este trabalho pretende-se caraterizar variáveis que podem predizer a qualidade de vida dos participantes, de forma a otimizar a intervenção psicológica nas pessoas com VIH/SIDA. Não são referidos quaisquer riscos - apenas o incómodo do tempo despendido (40-50 minutos) no preenchimento dos questionários

Confidencialidade dos dados: O anonimato é garantido uma vez que os questionários são anónimos e codificados.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio: está prevista a obtenção de consentimento informado e foi redigida uma folha de informação ao participante, enumerando objetivos, riscos/benefícios, bem como o caráter voluntário da participação.

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Março de 2018

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 12 de janeiro de 2018

O Relator da CES,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Raquel Ribeiro', with a stylized, cursive script.

Raquel Ribeiro

ANEXO B
Informação ao Participante

Informação ao Participante

Eu, Inês Sequeira Silva Ribeiro, investigadora principal deste estudo, venho por este meio pedir a sua colaboração para a participação no projeto de investigação intitulado “Qualidade de vida em pessoas seropositivas ao vírus da SIDA.”. Este estudo tem como objetivo compreender de que forma a adesão terapêutica, o sentido de vida e a satisfação conjugal interferem com a qualidade de vida na infeção VIH/SIDA. A metodologia a utilizar será o preenchimento dos seguintes questionários: “Questionário Sociodemográfico e Clínico”, “Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretrovírico – VIH”, “Escala de Sentido de Vida”, “Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal” e “*World Health Organization Quality of Life-Bref*”. A participação neste estudo tem como benefícios contribuir para a caracterização de variáveis que predizem a qualidade de vida dos participantes e melhor compreensão desse construto e, conseqüentemente, para a otimização da intervenção psicológica nas pessoas com VIH/SIDA. Não estão previstos quaisquer riscos e os incómodos causados passam apenas pelo preenchimento dos questionários, cuja duração é de aproximadamente 30 minutos. Esta colaboração é voluntária, sendo totalmente livre para decidir se vai ou não participar. Além disso, há a possibilidade de retirada do estudo, sem que se comprometa o relacionamento com o seu médico nem o respeito pelos direitos à assistência que lhe é devida. Garanto ainda a total privacidade e confidencialidade dos dados obtidos. Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João – EPE.

E-mail para contacto
up201305765@fpce.up.pt

ANEXO C
Declaração de Originalidade

Declaração de Originalidade

Eu, **Inês Sequeira da Silva Ribeiro**, portador do BI/CC: **14843906** declaro, para os devidos efeitos, que o meu trabalho, intitulado **QUALIDADE DE VIDA NA INFECÇÃO PELO VIH** executado na Unidade Curricular **Dissertação de Mestrado**, orientado pelo/a Professor/a **Marina Prista Guerra**, é um trabalho original e inédito, fruto das minhas pesquisas e investigações.

Declaro, ainda, que citei e referenciei todos os autores e documentos por mim utilizados na produção do trabalho. As frases ou parágrafos retirados de trabalhos ou obras de outros autores (adaptadas ou não) e citadas neste trabalho estão assinaladas entre aspas e devidamente referenciadas, de acordo com as normas requeridas. Declaro, também, que estou ciente de que o plágio – a utilização de partes de um trabalho alheio não devidamente referenciadas – pode resultar na anulação deste trabalho.

Inês Sequeira Silva Ribeiro

(Assinatura)

ANEXO D
Análises estatísticas

Tabela 4. Análises diferenciais em função da atividade profissional

Domínios	Atividade profissional	Média	DP	t	p
Geral	Sim	62,50	19,70	,116	,909
	Não	61,25	31,98		
Físico	Sim	68,32	18,85	1,695	,098
	Não	56,17	24,54		
Psicológico	Sim	68,53	14,54	1,212	,252
	Não	56,25	30,89		
Relações sociais	Sim	61,56	21,37	1,154	,256
	Não	50,93	33,19		
Ambiente	Sim	67,92	13,38	,382	,710
	Não	64,69	25,56		

Tabela 5. Análises diferenciais em função da residência

Domínios	Residência (conselho)	Média	DP	t	p
Geral	Porto	68,75	27,55	,904	,372
	Outros	60,55	21,79		
Físico	Porto	65,48	24,35	,054	,957
	Outros	65,04	20,28		
Psicológico	Porto	77,08	14,43	1,891	,066
	Outros	62,37	20,65		
Relações sociais	Porto	65,74	22,61	,915	,366
	Outros	57,26	24,98		
Ambiente	Porto	73,44	13,98	1,190	,242
	Outros	65,53	17,40		

Tabela 6. Análises diferenciais em função da idade e da escolaridade

	Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Idade	r=-,116	r=-,269	r=-,110	r=,074	r=-,056
	p=,481	p=,089	p=,510	p=,652	p=,736
Escolaridade	r=,016	r=,009	r=-,112	r=-,125	r=,111
	p=,933	p=,962	p=,557	p=,504	p=,551

Tabela 8. Análises diferenciais em função dos efeitos secundários

Domínios	Efeitos secundários	Média	DP	t	p
Psicológico	Sim	52,98	29,44	-1,842	,073
	Não	68,10	17,15		
Relações sociais	Sim	44,79	31,48	-1,923	,062
	Não	62,76	21,48		
Ambiente	Sim	58,48	28,57	-,947	,377
	Não	68,94	13,26		

Tabela 9. Análises diferenciais em função da presença de doença sintomatológica associada ao VIH

Domínios	Doença associada	Média	DP	t	p
Geral	Sim	51,14	33,29	-1,453	,172
	Não	66,38	16,40		
Físico	Sim	61,61	22,23	-,688	,495
	Não	66,55	20,54		
Psicológico	Sim	66,29	25,58	,172	,864
	Não	65,03	18,33		
Relações sociais	Sim	43,18	34,92	-2,014	,068
	Não	65,23	16,07		
Ambiente	Sim	63,07	27,49	-,653	,527
	Não	68,64	10,94		

Tabela 10. Análises diferenciais em função da hospitalização

Domínios	Hospitalização	Média	DP	t	p
Geral	Sim	64,06	27,90	,256	,800
	Não	61,72	21,98		
Físico	Sim	63,21	24,17	-,330	,743
	Não	65,74	20,14		
Psicológico	Sim	69,79	30,03	,685	,498
	Não	64,25	17,44		
Relações sociais	Sim	62,50	34,30	,493	,625
	Não	58,06	20,82		
Ambiente	Sim	66,41	29,02	-,084	,936
	Não	67,29	13,02		

Tabela 11. Análises diferenciais em função do tempo de diagnóstico e do tempo de medicação

	Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Tempo diagnóstico	r=,050	r=,141	r=,043	r=,125	r=,073
	p=,763	p=,380	p=,796	p=,447	p=,661
Tempo medicação VIH	r=,029	r=,180	r=,019	r=,002	r=,143
	p=,857	p=,261	p=,908	p=,992	p=,377

Tabela 12. Análises diferenciais em função do número de medicamentos

Domínios	F	p
Geral	,738	,485
Físico	,399	,674
Psicológico	1,399	,260
Relações sociais	,047	,954
Ambiente	,127	,881